Eina kartą per mėnesį | 1942 m. | XXIII METAI

Nr. 11-12 | Lapkričio — gruodžio mėn. | Nr. 11-12

LIETUVIŠKOJI MEDICINA

LAIKRAŠTIS, SKIRIAMAS MEDICINOS MOKSLO
BEI PRAKTIKOS
IR GYDYTOJŲ PROFESINIAMS REIKALAMS

Redakcinė Komisija:

Med. d-ras K. Grinius (nuo Liet. Sveikatos Valdybos), **prof. med. d-ras V. Kanauka** (nuo V. D. Univ-to Medicinos Fakulteto) ir **med. d-ras J. Staugaitis** („L. Medicinos" redaktorius)

LEIDĖJAI:
Liet. Sveikatos Valdyba ir V. D. Univ-to Medicinos Fakultetas

Redaktorius
Med. d-ras J. Staugaitis

Redakc.-Admin. adr.: KAUNAS, Mickevičiaus g. Nr. 11-a, b. 4, tel. 2-15-07

SKELBIMŲ KAINA:
20 — 30 RM puslapiui

PRENUMERATOS KAINA:
metams 20 RM, pusmečiui 10 RM

Šio numerio kaina 5 markės

TURINYS.

„L. Medicinos“ 1941 m. 11—12 num. skiriamas tuberkuliozės klausimams nagrinėti.

J. Kupčinskas, prof.: Neuropsichiniai veiksniai tuberkuliozės srityje 841
J. Neniškis: Džiova ir nėštumas 851

J. Adomavičius: Tuberkuliozę simuliuoją susirgimai 882
T. Šiurkus: Trauma ir chirurginė tuberkuliozė 887
P. Čibiras: Konstitucijos reikšmė tuberkuliozės prognozei 901

J. Runkevičius: Tuberkuliozės profilaktikos klausimu 907
J. Margenis: Tuberkuliozės plitimas, dažnumas ir mirtingumas nuo jos 914
A. Čerškus: Tuberkuliozinis apendicitas 928
K. Grinius: Džiovos ar tuberkuliozės terminologijos projektas 931
A. Josiukas: Alytaus sanatorijos kūrimasis ir jos veiklos iki 1941 m. gruodžio mėn. 31 d. 942
Referatai įvairiais tuberkuliozės klausimais 946
Bibliografija 962
Kronika 963

INHALTVERZEICHNIS.

Doppelnummer der „L. Medicina“ betr. Tuberkulosefragen.

J. Kupčinskas, Prof.: Neuropsychische Erscheinungen im Bereich der Tuberkulose.
J. Neniškis: Tuberkulose und Schwangerschaft.
J. Adomavičius: Tuberkulose vortäuschende Erkrankungen.
T. Šiurkus: Trauma und chirurgische Tuberkulose.
P. Čibiras: Die Bedeutung der Konstitution für die Prognose der Tuberkulose.
J. Runkevičius: Zur Frage der Tuberkuloseprofylaxe.
J. Margenis: Die Ausbreitung, Häufigkeit und Sterblichkeit der Tuberkulose.
A. Čerškus: Tuberkulöse Appendicitis.
K. Grinius: Vorschlag zur Terminologie der Schwindsucht bezw. Tuberkulose.
A. Josiukas: Die Entwicklung des Sanatoriums Alytus bis zum 31. XII. 1941.
Referate betr. Tuberkulosefragen.

Bibliographie.
Chronik.

Nuo „Liet. Medicinos“ Redakcijos.

Šiuo pranešama, kad „Liet. Medicinos“ žurnalas eis kaip ėjęs ir toliau; tiktai nuo 1942 m. lapkričio mėn., t. y. pradedant nuo „Liet. Medicinos“ 11 num., del gaunamo popierio aprėžimo paskiri mėnesiniai šito žurnalo numeriai bus sumažinti ligi 4 lankų (64 pusl.).

Del susidėjusių aplinkybių „Liet. Medicinos“ Redakcija Gerbiamiesiems savo bendradarbiams siūlo šias bendradarbiavimo sąlygas:

1. „Liet. Medicinai“ skiriami medicinos mokslo straipsniai turi būti ne ilgesni, kaip 7—8 puslapių spausdinto teksto, t. y. ne ilgesni, kaip 14—16 pusl. rašyto popierio arba 11—12 pusl. rašomąja mašinėle rašyto popierio.

Ilgesni straipsniai bus dedami „Liet. Medicinoje“ tiktai išimtiniais atvejais, atsižvelgiant į jų ypatingą moksliską vertę ir iš anksto susitarus su „Liet. Medicinos“ Redakcija.

2. Bus vengiama dėti „L. Medicinoje“ ilgi straipsniai ir šiaip menkesnės vertės straipsniai bei šiaip įvairūs rašiniai.

3. Gerbiamieji bendradarbiai prašomi, kiek tik galima, trumpinti referatus, klinikos bei praktikos patyrimus, straipsnių pabaigoje dedamus naudotosios literatūros sąrašus ir savų straipsnių autoreferatus.

4. Taippat Gerbiamieji bendradarbiai prašomi, kiek tik galima, mažinti savo straipsniuose dedamų atvaizdų bei rentgenogramų skaičiai. Reikia žinoti, kad ypačiai pastarosios gaunamame blogos rūšies popieryje išeina labai neaiškios ir neryškios, kartais net visai nesuprantamos. (Tęsinį žiūr. šito „Liet. Medicinos“ 1942 m. 11—12 numerio 4-me pusl.).

LIETUVIŠKOJI
MEDICINA
žurnalas, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams
XXIII m. | 1942 m. lapkričio-gruodžio mėn. | Nr. 11-12

„L. Medicinos" 1942 m. 11—12 num. skiriamas tuberkuliozės klausimams nagrinėti.

Prof. med. d-ras J. Kupčinskas.

Neuropsichiniai veiksniai tuberkuliozės eigoje.

Domėtis ligonių psichiniais pergyvenimais verčia ne tik žmoniškumo jausmas, bet ir grynai mediciniškas reikalas. Yra aprašyta atsitikimų ir eksperimentinių stebėjimų, iškeliančių aikštėn nervinio veiksnio, afektų ir emocijų reikšmę žmogaus atsparumui ir ligos eigai.

Pavlov'o ir jo mokyklos darbai nurodo, kokį milžinišką vaidmenį turi nerviniai veiksniai įvairių organų funkcijai. Sąlyginių refleksų teorija plačiai pritaikoma, tiek primityvinėms nervinėms reakcijoms, tiek aukščiausiai smegenų funkcijai. Prisiminsime plačiai žinomą faktą, kad sąlyginio reflekso pagalba galima sužadinti skrandžio sulčių sekrecija. Bergmann, eksperimentuodamas su triušiais, stebėjęs pagyvėjusią virškinamųjų takų funkciją, kai alkanam gyvuliukui buvo rodoma ropė. Metalnikov ir Chorine injekuodavę jūrų kiaulytėms į peritoneum'o vidų negyvų mikrobų ir kartu dirgindavę kuriuo nors būdu odą. Po injekcijų atsirasdavusi apsisaugojimo reakcija. Po daugelio mėginimų gaudavę panašią reakciją vien nuo pakartoto išorinio dirginimo. Įšvirkšdami bakterijų suspensijos į veną ir kartu pavartodami išorinį dirginimą, vėliau nuo šito dirginimo sąlyginio reflekso dėka galėdavę gauti leukocitų formulės pakitimų. Įdomūs Metalnikov'o stebėti triušių imuniteto pakitimai del sąlyginio reflekso. Jis su savo bendradarbiais kasdien injekuodavęs į peritoneum'o tuštymą po 1 ccm negyvų choleros vibrijonų suspensijos, kartu pavartodamas kurį nors odos dirginimą. Trims savaitėms po paskutinės injekcijos praėjus, kai agliutinacijos titras nukrisdavęs, daliai paruoštų triušių keletą dienų pavartodavęs sąlyginį dirginimą, ir, vėliau tirdamas kraują, pastebėjęs agliutinacijos pakilimą, o kontrolinių triušių agliutinacijos reakcija likusi nepakitusi.

Negalima praeiti nepaminėjus Vundt'o-Leman'o mokyklos, kurios atstovai, hipnozės būdu sužadindami vienokius ar kitokius vaizdus bei jutimus, stebėdavę atitinkamas tiriamo organizmo fiziologiškas reakcijas. Geier nurodo, kad užhipnozuotam asmeniui įkalbėjus, kad jis valgąs duoną, pieną ar buljoną, galima gauti skrandžio sulčių, visiškai identiškų su atitinkamam maistui išsiskiriančiomis sultimis.

Esama daug eksperimentinių tyrimų ir stebėjimų, įrodančių psichinių veiksnių reikšmę įvairių susirgimų atvejais, tačiau šita gausi, bet neplaningai surinkta medžiaga dar negali nurodyti, kaip mediciniškų požiūriu traktuotini ligonių psichiniai reiškiniai. Sąlyginių refleksų pritaikymas imunitetui sustiprinti turi tik teorinės reikšmės. Daugiau dėmesio galima skirti tiems stebėjimams, kur hipnozės pagalba sužadinama pageidaujama atskirų organų funkcija. Jei hipnozėje galima sužadinti laikiniai kai kurių organų funkcijos pakitimai, tai mediciniškoje kontrolėje esą ligoniai galima ištisais mėnesiais laikyti tam tikrų įsitikinimų įtakoje ir šituo būdu veikti somatinės reakcijos.

Galima ligoniai įtikinti, kad jie yra sveiki arba beveik sveiki, ir šituo būdu siekti normalios įvairių organų funkcijos; tačiau šitos metodės nauda yra abejotina. Pasitaiko džiovininkų, kurie apie savo ligą nieko nežino, save laiko sveikais, jokia psichinė trauma nesilpnina jų atsparumo, o liga žengia pirmyn. Berlin nurodo, kad 18,5—36,2% džiovininkų subjektyviai jaučiasi esą sveiki, o jų tarpe pasitaiko įvairių tuberkuliozės formų. Todėl ligonio raminimas ir sveikatos įkalbinėjimas nepadidina ligonio atsparumo prieš infekciją. Priešingai, del nepakankamo dėmesio savo ligai ligonis palieka neatsargus, nesusilaiko nuo ligonio sveikatai pavojingų veiksmų.

Nuotaikos prislėgimas daugumos autorių vertinamas neigiamai. Baimė, staigi nemaloni žinia momentaliai pakeičia daugelio organų funkciją. Rinkdami anamnezę neretai išgirstame, kad pacientas savo ligos pradžią sieja su psichine trauma, neretai su kurio nors jo šeimos nario mirtimi. Tokie atsitikimai kartais aprašomi literatūroje, kur prislėgtos nuotaikos reikšmė ligos pirmyn žengime nepaneigiama. Didelio emocinio įtempimo įtakoje gaunamas virškinamųjų takų judėjimo susilaikymas, širdies ritmo pagreitėjimas, kraujospūdžio pakilimas, blužnies susitraukimas, adrenalino išsiskyrimo sustiprėjimas, kraujo cukraus procento padidėjimas ir daugelis kitų procesų, kuriuos analizuoja amerikiečių fiziologas V. Cannon. Jis kalba apie simpatikoadrenalininę sistemą, kuri nulemia daugelį fiziologinių procesų stiprių afektų ir emocijų metu.

Sąsyjyje su afektais ir emocijomis visuomet vyksta biocheminės reakcijos, negalinčios neturėti reikšmės įvairiems organizmo pakitimams. Dvasiniai pergyvenimai nesibaigia jų už-

miršimu, buvusieji troškimai nedingsta pasąmonyje, bet viskas palieka organinius pėdsakus, turinčius reikšmės tolimesniam žmogaus gyvenimui. Galima greitai pamiršti psichines traumas ir ilgus metus būti jų sužadintų procesų įtakoje.

Afektų reikšmė imunitetui yra fiziologiškai beveik neištirtas klausimas, bet gydytojo praktikoje būtinai reikalingas atsakymo. Medicinos praktikos metu, kad ir nenorėdami, keičiame ligonio ūpą ir nuotaiką, ir tuo būdu veikiame visą jo organizmą. Reikia ieškoti gairių šitoms problemoms traktuoti, nors neturime duomenų, kaip skausmas ar džiaugsmas, viltis ar nusivylimas veikia hemopoetinę, retikuloendotelinę sistemas ir iš viso, kurios reikšmės turi afektai ir emocijos žmogaus atsparumui prieš infekcines ligas.

Neturėdami pakankamai kliniško ir eksperimentinio pagrindo ir norėdami mums rūpimą klausimą išspręsti, turime prisiminti, kaip organizmas reaguoja į kasdieninius pakenkimus ir kurie neuropsichiniai reiškiniai stebimi alermo ir kovos su infekcija fazėje.

Evoliucijos eigoje tarp daugelio buvusių gyvių išliko tik tos rūšys, kurių reagavimas gyvybės išlaikymo prasme buvo visų tobuliausias, ir, reikiamu momentu žadindami šitas reakcijas, elgsimės racionaliai ir išvengsime įvairių spėjimais paremtų teorijų klaidinančios įtakos. Leiskime, kad kas nors susižeidė galūnę, į žaizdą pakliuvo pūlinė infekcija, buvo gautas vietinis uždegimas, vėliau infekcija liko nugalėta, uždegimas pranyko ir žaizda užgijo. Susižeidimas sužadina skausmą, kuris del uždegiminio proceso užtrunka ilgesnį laiką. Vėliau pasireiškia nepasitenkinimas esamu stoviu, susirūpinimas del galimos nepageidautinos išeities ir, tik uždegimui praėjus, šitos neuropsichinės reakcijos praeina. Jos yra organiškai susijusios su organizmo kova prieš infekciją. Jei organizmo budrumas sutrikęs ir neuropsichinis sindromas ne visiškai pasireiškia, įvairūs pakenkimai duoda sunkesnių komplikacijų. Pranykus odos jautrumui, trauminiai pakenkimai ir kartu pasitaikanti infekcija sužadina sunkesnių pakenkimų. Ligos, turinčios piktybinę eigą, kaip, pvz., tetanus, lues ir t. t., infekcijos pradžioje neduoda mūsų minėto sindromo. Chroniški stabilizuoti susirgimai nesužadina žymaus nepasitenkinimo esamu stoviu. Liguistam asmeniui žadindami kovos fazei atitinkamas psichines reakcijas, prisidėsime atsparumui svarbioms somatinėms reakcijoms pasireikšti.

Į infekciją ir kitus įvairius jaudintojus reagavimas yra automatiškas komplikuotų savisaugos refleksų pagalba. Jiems sutrikus, organizmo reakcijos sąsyjyje su pakenkimais nulemia ne kenksmingų veiksnių likvidavimą, bet ligos išsiplėtimą. Visos per silpnai ar per stipriai antigenų atžvilgiu pasireiškiančios reakcijos, t. y. alerginės reakcijos, yra susijusios su savisaugos

refleksų sutrikimu. Vienu savisaugos automatizmo sutrikimo pavyzdžiu gali būti atgalinė limfos srovė, nešanti žalingus agentus ne pro apsigynimo barjierus, bet tiesiog į antigenams jautrius audinius. Tokia atgalinė srovė pasitaiko limfiniuose plyšiuose ir iš dalies kai kuriuose neturinčiuose tobulos klapanų sistemos limfiniuose takuose, kaip, pvz., perivaskulinėse muftose. Retrogradiškai keliaujant antigenams, didėja alerginių reakcijų užimamas plotas, o, šituo keliu migruojant tuberkuliozinei infekcijai, plečiasi infiltracija. Limfos tekmei turi reikšmės tiek mechaniški, tiek ir biochemiški veiksniai, todėl tiek vieni, tiek antri gali turėti reikšmės tiek alerginėms reakcijoms, tiek savisaugos refleksams. Dirginimai, praeiną per refleksų lanką, skatina psichines reakcijas, kurios, viena vertus, gali būti traktuojamos kaip organinių procesų neuropsichinis simptomas, antra vertus, gali turėti kai kurios reikšmės organizmo jautrumui ir refleksų tikslingumui.

Psichinio reagavimo individualinių varijantų būna labai daug, nes neuropsichinis sindromas pareina nuo daugelio veiksnių. Čia turi reikšmės žmogaus būdas, konstitucija, amžius, išsilavinimas ir kiti panašūs dalykai. Vienam asmeniui jo ligos prognozės neaiškumas sužadina kai kurių neramumų, antram — baimę, trečiam — nusivylimą, o ketvirtam jokio sunkesnio įspūdžio nepalieka.

Psichologas S t e r n išskiria 11 varijantų, iš kurių suminėtini isterinis, protingas, primityvus, energingas, flegmatinis, „ekonominis" ir kiti reagavimo tipai. Cikloidai duoda audringesnę, bet trumpesnę reakciją, o šizoidai — ramesnę, bet ilgesnę. Smulkmeniškas įvairių varijantų studijavimas neturi suklaidinti įvairių teorijų gausumu ir užmaskuoti esminių bruožų. Per daug efektingas reagavimas nurodo nervinį jautrumą ir pobūdžio neekonomiškumą, bereikalingo psichinės energijos eikvojimo prasme.

Afektingumas, pasižymįs individualinių varijantų gausumu, yra iš dalies pagrindinių organizmo tendencijų iliustracija, kurios yra galimos tik dviem linkmėmis: patologiškų procesų reparacijos siekimu arba sąmoningu ar pasąmoniškų veržimusi į sunykimą. Gyviams yra įgimta ne vien dauginimosi, bet ir nykimo instinktas, ne vien noras augti, bet ir išnykti. Kaip bebūtų įvairios ligonio psichinės reakcijos, jei savisaugos refleksai yra nesutrikę, visuomet jos yra būdingos dviem pagrindiniais bruožais: esamu stoviu nepasitenkinimu ir veržimusi į pasveikimą.

Organizmo vystymosi tendencijos, pasiekusios sąmonę, pasireiškia potraukiu ir noro forma, kurie, suprantama, turi organinį pagrindą. Kai auga ir vystosi smegenys, vaikas turi noro kuo daugiausia žinoti ir suprasti; o, jų augimui sustojus, šitas žinojimo entuziazmas pranyksta. Žmogaus potraukiai yra

susiję su fiziniu pajėgumu ir vidinės sekrecijos liaukų funkcija. Iliustracijai prisiminsime patelių perijodiškai atsirandantį instinktą poruotis, suktis lizdą, perėtis vaikus etc., kuris reiškias sąsyjyje su ciklišk̃ais endokrininės sistemos funkcijos pakitimais. Norai yra aukštesnis instinktų laipsnis, kurių priklausomybės nuo organiškų procesų negalima paneigti. Galima pasakyti dar daugiau, kad norai ir potraukiai yra somatinių reakcijų linkmės simbolis. Žmogus, netekęs egzistencijai somatinio pagrindo, netenka noro gyventi.

Psichinė trauma, pvz., artimo žmogaus mirtis, kai kuriems asmenims sužadina sunkiai pergyvenamą dvasinį stovį, vedantį į nusilpimą ir ligą. Ji nėra identiška su žmogaus atsparumu būdingam neuropsichiniam sindromui, nes čia rasime tik pirmąjį komponentą, t. y., esamu stoviu nepasitenkinimą, o neturėsime antrojo — siekimo pasveikti, nes sveikata jų daugiau nevilioja ir ji negali išsigelbėti iš nusivylimo, kurio priežasties jau niekas pašalinti negali. Giliau analizuodami jų pergyvenimus, galėsime konstatuoti norą išnykti, kaip vienintelį išsigelbėjimą iš nepakenčiamo stovio. Tokie gilūs pergyvenimai veikia endokrininių liaukų funkciją, pasiekia autonominės nervų sistemos centrus, turi reikšmės savisaugos refleksų sutrikimams. Psichoanalitikai nurodo, kad kalbos ar veiksmų klaidos dažnai būna ne atsitiktinis reiškinys, o sąmoningai slepiamų ar pasąmoniškų tendencijų determinuotos. Juo mes giliau suprasime gyvosios gamtos reiškinius, nepaisydami, kokio tobulumo laipsnio jie yra pasiekę, juo mažiau rasime atsitiktinių fenomenų ir iš visuotinių gamtos įstatymų išimčių. Iš bendrinės taisyklės nesudarys išimties ir savisaugos refleksai, kurių „klaidoms", be daugelio kitų priežasčių, gali turėti reikšmės potraukiai, norai ir iš viso neuropsichiniai veiksniai.

Kuruodami ligonius turime žadinti tokį psichinį stovį, kuris atitinka organizmo kovos fazę, ir tuo būdu stengtis pakreipti somatines reakcijas mums pageidaujama linkme. Sergąs aktyviąja tuberkulioze asmuo turi jausti nepasitenkinimą esamu sveikatos stoviu ir norą pasveikti. Jei ligonis nesupranta savo stovio rimtumo, jam turime išaiškinti; jei neturi noro kovoti su negalavimais, turime stengtis jį sužadinti. Meisteriškas ligonių raminimas ir sveikatos įkalbinėjimas gali pavaduoti morfiną, bet ne sustiprinti atsparumą. Suprantama, kad beviltiškais atsitikimais tinka ir vienas ir antras.

Mūsų požiūriu tuberkuliozininkų psichinio stovio galima sutikti tris varijantus: nevertinančius savo stovio rimtumo, racionaliai savo sveikatos stovį vertinančius ir pervertinančius ligos pavojus. Pirmieji yra reikalingi jų sveikatos mažavertiškumo ir ligos rimtumo įsisąmoninimo; paskutinieji suraminami, nes per didelis jaudinimasis ir nusivylimas gali sukelti norą sunykti; o antrieji yra reikalingi atsargaus traktavimo, kad ne-

tikslūs gydytojo žodžiai nepakreiptų jų psichinio stovio prie pirmųjų ar trečiųjų ir nesužadintų jatrogeninių komplikacijų.

Didelis atsargumas yra reikalingas pirmą kartą pranešant ligoniui apie plaučių džiovą. Ne visi ligoniai vienodai jautriai reaguoja. Be amžiaus, konstitucijos ir kitų aukščiau minėtų veiksnių, turi reikšmės ir ligonio pasiruošimas šitą diagnozę išgirsti. Vieni asmenys nuo seniau jautėsi turį nesveikus plaučius, apie galimą tuberkuliozę yra ne kartą galvoję ir jiems šita diagnozė per daug sunkaus įspūdžio nepadaro; tačiau anksčiau save laikiusiems sveikais arba bent neturinčiais tuberkuliozės pranešimas apie tbc buvimą sudaro psichinę traumą. Pasitaiko gydytojų, kurie stengiasi nustebinti ligonius savo diagnoze, kuo daugiau nurodydami ligoniui skaudžių reiškinių. Kartais staiga anksčiau nesitikėjusiam rimtesnę plaučių ligą turėti asmeniui gydytojas praneša, kad jis turįs džiovą, kaverną ir Koch'o lazdelių skrepliuose. Pasitaiko gydytojų, kurie, šitaip psichiškai traumodami ligonius, siekia reklamos, bet jie tuo būdu pakenkia pacientams. Šituo būdu ligoniams galima sužadinti visiškas nusivylimas, depresija, apetito pranykimas, nemiga, nenoras gyventi, pasąmoniškas, o kartais net sąmoningas veržimasis į savižudystę. Tokio ligonio psichinio stovio žalingumo sveikatai įrodinėti netenka. Todėl negalima iš karto atidengti ligoniui visas jo stovio pavojingumas. Pradžioje tinka nurodyti, kad plaučiai yra silpnoki, reikėsią patikrinti, ar nėsą tuberkuliozės; vėliau, kai ligonis jau yra susigyvenęs su pirmuoju ligos įspūdžiu, pranešama, kad atsargos dėliai turi saugotis neužkrėsti kitų, ypač vaikų. Čia pat turint skreplių tyrimą ir jau ligoniui žinant, kad tuberkuliozės bacilai rasti, jei šita žinia padaro labai sunkų įspūdį, galima pranešti, kad iš vieno tyrimo galutinių išvadų daryti negalima, reikėsią po vieno antro mėnesio iš naujo tirti skrepliai ir toks tyrimo pakartojimas yra naudingas ligos eigos kontrolei, o ligoniui leidžia iš lengvo susigyventi su naujomis nuotaikomis, mintimis ir specialiu režimu.

Galutinėje išvadoje nenuslėpdami ligos pavojaus, nurodome, kad pasveikimas ar bent kompensacijos pasiekimas yra galimas, tačiau reikia laikytis nurodyto režimo ir gydymo. Jei režimas nurodomas, kaip besąlygiškai būtina gydymui priemonė, į jį neturi įeiti ligoniui del socialinių sąlygų absoliutiškai neprieinami dalykai, nes tuo būdu tik sužadinsime nusivylimą.

Palaipsniškas ligonių supažindinimas su jų sveikatos stovio rimtumu yra reikalingas tiek naujiems ligoniams, tiek ir seniems jų ligos pablogėjimo atveju. Neturintiems kavernų ar bacilų, bet vėliau joms pasirodžius, jautrių ligonių atžvilgiu reikia prisilaikyti viso reikalingo atsargumo supažindinant juos su naujomis ligos komplikacijomis.

Tiek ligos pradžia, tiek ir pablogėjimas duoda impulsą naujiems išgyvenimams, kur sveikatos menkėjimo priežastimi domėjimasis užima nemaža laiko. Gydytojo nurodymas tikros ar tariamos susirgimo priežasties prisideda prie tuberkuliozinio pobūdžio formavimosi. Pasitaiko, kad jau gydytiems ligoniams kaip pablogėjimo priežastis nurodoma tariamai buvęs netinkamas gydymas, kartais vien todėl, kad ne tos firmos vaistai buvo pavartoti. Daugiausia tai būna egoistiškais sumetimais pramanytas aiškinimas. Tiksliai nurodyti ligos atsiradimo ir pablogėjimo priežastis neretai reiškia atsakyti į klausimą, kuris pačiam aiškintojui yra neaiškus. Tačiau atsakymas ligonio pobūdžio formavimuisi yra reikalingas.

Bevilčiams ligoniams nereikia įsąmoninti jų ligos pirmyn žengimo ir netenka aiškinti jų sveikatos blogėjimo priežasties. Gydymui tinkamais atsitikimais platus etiologijos ir patogenezės aiškinimas būtų bereikalingas ligonių sąmonės apsunkinimas. Besikalbant su ligoniu tenka kreipti dėmesys ne vien į teikiamų žinių teisingumą, bet ir į jų reikšmę ligoniui. Naudinga ligoniams priminti, kad visais ne pirminio kamentinio anoreksijos gydymo, neuropsichiniai veiksniai turi ne egzogeninė infekcija, bet gyvenimo sąlygos, maistas, papročiai ir t. t. Ne be reikalo prof. E. B e z a n ç o n lankyti kliniką pradedantiems studentams primena, kad jie tuberkulioze susirgsią ne klinikoje vaikščiodami ir alsuodami palatų oru, bet neprivalgydami, neišmiegodami, alsuodami smuklių nešvariu oru ir kitais būdais savo sveikatą silpnindami. Visos ligos kaltės suvertimas bacilams neturi moksliško pagrindo. Kreipdami ligonio dėmesį, kad nustatyto režimo nesilaikymas, per daug laisvas gyvenimas ar pramogavimas turėjo neigiamos reikšmės tuberkuliozės eigai, galėsime pasiekti daugiau disciplinuoto gydymosi ir geresnių terapijos padarinių. Ypač neįvertinantiems savo ligos rimtumo ir nevengiantiems sveikatai žalingų įpročių toks aiškinimas yra reikalingas, specialiai taikant visų silpniausiai jų gyvenimo vietai. Reikia žinoti, kad ligonis taisosi ne tik vaistus gerdamas, bet valgydamas, ilsėdamasis, miegodamas ir iš viso tvarkingai gyvendamas. Nedirbantiems ligoniams kiekviena valanda turi būti racionaliai išnaudota gydymui. Jausti savo ligą ir sveikatos stovio rimtumą — reiškia kovoti su organizmo negalavimais.

Ligonio budėjimas del savo ligos nėra identiškas su hipochondrija, t. y. perdėtu ir liguistu domėjimusi subjektyviais ligos simptomais. Ji nėra natūrali savisaugos refleksų išdava, o neuropsichinis iškrypimas, kur nuolatinis savo ligos studijavimas yra virtęs įpročiu, o ligos simptomai ne vien kankina, bet ir domina.

Ligonio laikas turi būti planingai sunaudojamas ir kuo nors svarbiu užimtas, kad nebūtų vietos nuobodžiavimui ir neekono-

miškam psichinės energijos naudojimui per daug besinervinantiems del savo likimo. Džiovininko, esančio mediciniškoje kontrolėje, darbotvarkė, neskaitant terapinių veiksmų, susideda iš 4 punktų: miego, valgio, ramybės ir laisvalaikio. Kiek laiko ligonis turi vienam iš šitų punktų skirti, nustatome individualiai atsižvelgdami į jo sveikatos stovį.

Miegas yra svarbus poilsiui ir sveikatai sustiprinti, ir ligonis turi stengtis tinkamai juo pasinaudoti. Miego metą neturi trumpinti jokios pramogos ir jokis darbas, nors jis būtų visų lengviausias ir mėgiamiausias. Nemiga gali būti del skausmų, del toksinio nervų sistemos jaudinimo ir del tiesiogiai su patologiškais pakitimais nesusijusių nervinių veiksnių. Prie paskutiniųjų priskaitoma nervinė nemiga, kuri kartais nerviškai jautriems asmenims sudaro gydymui sunkiai pasiduodantį chroniską negalavimą. Nuo miego vaistų chroniškas vartojimas yra neracionalus gydymosi būdas. Nervinė nemiga atsiranda del įpratimo ne laiku ir nevienodu metu gulti ir užmigti, del nervinio įtempimo ar jaudinimosi pirmomis valandomis atsigulus, del sąlyginio reflekso atsigulus tuojau užmigti nebuvimo. Neretai būna netvarkingo gyvenimo, ypač jaunystėje, padarinys. Savo nemigos kilmės supratimas, reikiamas dėmesys miegui ir jo reikšmės terapijai įsisąmoninimas, nors pusei valandos prieš miegant nuo visų pašalinių darbų ir minčių atsipalaidavimas, egzogeninės intoksikacijos, pvz., kavos, rūkymo vengimas, padeda nuo nervinės nemigos atsipalaiduoti.

Blogas apetitas kenkia mitybai ir kliudo gydymą. Be medikamentinio anoreksijos gydymo, neuropsichiniai veiksmai turi nemažos reikšmės. Ligonis privalo suprasti valgio reikšmę gydymui ir stengtis reikalingą valgio kiekį suvartoti. Maitinimosi mechanizmui normaliai funkcijuojant, žmogus atitinkamu laiku pajunta alkį ir jo dėmesys ir mintys koncentruojasi apie laukiamą valgį. Anoreksijos atveju ligonis kartais skundžiasi, kad nenori net pagalvoti apie valgymą. Šitiems paskutiniams reikalinga priminti, kad džiovininkui maistas yra kartu ir vaistai. Už pusvalandžio prieš valgydamas ligonis gali pradėti galvoti apie valgį ir susirūpinti, kad reikalingas „davinys" būtų tinkamai priimtas ir sunaudotas. Reikiamu laiku dėmesys valgiui prisideda prie pageidaujamos virškinamųjų takų funkcijos. Kam neaišku, kurie turi būti ligonio neuropsichiniai reiškiniai prieš valgant, teprisimena, ką jaučia ir galvoja tuo metu gerą apetitą turįs asmuo, ir, stengdamasis panašų stovį sužadinti ligoniui, elgsis racionaliai.

Ramybės valandos naudojamos visiškam fiziniam poilsiui arba miegui. Nemiegantieji ligoniai šitą metą negali naudoti skaitymui, lošimui ar bet kuriai kitai pramogai. Ramybė be fizinio poilsio prisideda prie tuberkuliozinio pobūdžio formavimosi. Nuo bet kurio fizinio darbo atsipalaidavimas taupo vidinę

energiją kovai su infekcija. Psichiškai ligonis neturi būti apsunkintas pašaliniais rūpesčiais, susijusiais su uždarbiu, pareigomis tarnyboje ar šeimoje. Dvasinė ramybė ligoniui tiek pat reikalinga, kaip ir fizinė, tačiau budėjimo metu lengvas nerimas del savo ligos ir likimo nurodo, kad ligonio dėmesys nėra nukrypęs nuo pagrindinio tikslo — sveikatos gerėjimo ir visas organizmas yra kovos su infekcija fazėje.

Laisvalaikis turi turėti savo programą. Svarbu, kad stipresnieji ligoniai būtų kuo nors užimti. Šitas metas gali būti naudojamas pramogoms, skaitymui ir darbui.

Kai kurios pramogos yra leistinos ir rekomenduotinos net silpnesniems ligoniams. Visų pirma meninė programa, kur iš ligonio, kaip žiūrovo, nereikalaujama psichinio įtempimo. Visa tai turi vykti tinkamose būstinėse ir nesumažinti ligonio poilsio laiko. Toks psichinis poilsis ir ligonių gyvenimo paįvairinimas juos stiprina dvasiškai. Meninės dalies muzika, o taip pat ir turinys, neprivalo žadinti nusivylimą. Netinka triukšmingai linksma muzika, nes nuo ligos kenčiančius nemaloniai jaudina, o lengvabūdžius skatina prie nepageidautinų pramogų ir išblaško jų rimtį.

Knygų skaitymas vienais atvejais galima laikyti pramoga, kitais — darbu. Lengvo turinio knygos, kaip romanai ir kiti raštai, lengvesniems ligoniams yra rekomenduotini, tačiau reikalinga prisilaikyti kai kurių taisyklių. Negalima leisti, kad įdomų romaną ligonis skaitytų ištisą dieną, pamiršdamas tvarkingai pavalgyti ir laiku užmigti. Skaitomų romanų ar apysakų herojai neturi būti nepataisomi ligoniai, nes beskaitantiems jų gyvenimas ir mirtis sužadins slėgiamą nuotaiką. Specialios džiovininkams psichologiškai ir mediciniškai pritaikytos literatūros neturime. Kiti ligoniai literatūroje ieško teorinių žinių apie savo ligą. Ne visos žinios apie tuberkuliozę jiems yra naudingos. Sunkių atsitikimų mirtingumo statistika slėgiamai veikia ligonius.

Bet kuri literatūra, galinti ligonį įtikinti, kad pagerėjimas nėra įmanomas, negali būti rekomenduotina. Žinios iš higienos ir profilaktikos srities geriau išmoko ligonį disciplinuotai prisilaikyti reikiamo režimo ir padeda gydytojui.

Darbas turi didelės reikšmės ligonio pobūdžio ir nuotaikos formavimuisi. Lengvas ir mėgiamas darbas, greičiau gali būti traktuojamas kaip pramoga, turinti daugiau reikšmės psichiniam negu fiziniam stoviui. Tačiau darbas, dirbamas su dideliu pamėgimu, turi keletą minusų: nukreipia ligonio dėmesį nuo daugelio kitų gydomajam režimui būtinų veiksnių, sumažina poilsio laiką, prislegia natūralų nuovargio jutimą ir organizmas nejučiomis pereina normalaus pajėgumo ribas ir sudaro palankias persidirbimui sąlygas. Žmogaus pajėgumą pranešąs darbas ne vieną sveiką padaro ligonį, o ligoniui atima paskutinį

somatinį egzistencijos pagrindą. Darbo entuziazmas padidina fizines jėgas, bet susilpnina nuovargio pajutimą ir todėl ligoniams negali būti rekomenduotinas. Lenktyniavimas darbe duoda pasitenkinimą, bet ligoniai turi žinoti, kad jiems yra leistina siekti rekordų tik vienoje srityje, t. y., sveikatos atstatymo srityje. Sanatorijoje ramybės valandos apsaugoja nuo pavargimo bedirbant, tik reikia prižiūrėti, kad ligoniai poilsio nenaudotų jokiam darbui, nors jis būtų ir labiausiai mėgiamas. Prie lengvo ir mėgiamo darbo priklauso mezgimas, siuvimas, drožinėjimas ir kitas lengvas rankų darbas.

Sunkesnis fizinis darbas lauke ar dirbtuvėje gali būti taikomas stipresniems ligoniams. Ligoniai neturi dirbti pelnui ar pragyvenimui ir jų darbas turi turėti terapinį tikslą. Dirbantį ligonį mažiau vargina ilgos gydymo dienos. Jei, aktyviam procesui aprimus, ligonis vėl sugeba dirbti, jis kartu įsitikina, kad ligos pagerėjimas yra galimas. Visais atvejais ligoniui darbas gali būti rekomenduojamas tik 2 atžvilgiais: kaip pramoga ir kaip ligonio pajėgumo mėginimas.

Mėginamasis darbas gydytojo kontrolėje padeda nustatyti organizmo pajėgumą ir reagavimo formą. Jei dirbančiam asmeniui nepakyla temperatūra, nemažėja apetitas, nedidėja prakaitavimas, nekrinta svoris ir nepasireiškia jokis kitas neigiamas simptomas, mes galime kalbėti apie darbingumo grįžimą. Be šitos diagnostinės reikšmės, darbas vaidina kai kurį vaidmenį organizmo patologiškų procesų atstatyme. Darbas, susijęs su hiperemija raumenyse, mažina hipererginį uždegimą. Jaunam asmeniui darbas ir su juo susijusi to organizmo trauma sudaro kliūtis, kurias organizmas, automatiškai bręsdamas, stengiasi peraugti, nugalėti, kitaip sakant, organizmas savo ontogenezėje stengiasi prisitaikyti prie naujų darbo sudaromų sąlygų, kad ir dirbąs asmuo galėtų egzistuoti. Jei darbo statomos kliūtys viršija organizmo pajėgumą, tai organizmas nyksta ir menkėja, kitais atvejais darbas užgrūdina ir stiprina. Stipresniesiems ligoniams lengvas, jų jėgų neviršijąs, darbas tarnauja kaip jaudinamoji terapija, skatindamas organizmą stiprėti, kad būtų nugalėtos statomos kliūtys, sunkesnis vargina ir silpnina. Iš anksto nustatyti, kuris darbas ligoniui kenkia, kuris jį užgrūdina, yra nelengva. Reikalingas didelis atsargumas, geras ligonio sveikatos stovio pažinimas ir mėginamojo darbo metu stebėjimas.

Išvados.

Džiovininkų neuropsichiniai reiškiniai, iš dalies būdami tuberkuliozinių pakitimų simptomais, turi kai kurios reikšmės tuberkuliozės eigai ir savisaugos automatizmo tikslingumui. Natūralus, kovos su infekcija fazei būdingas neuropsichinis sindromas pasižymi esamu stoviu nepasitenkinimu ir veržimusi į pasveikimą. Kuruojant ligonius yra svarbu šitie psichiniai

reiškiniai palaikyti. Nusivylimas gali atimti norą gyventi ir kovoti su infekcija; sergančiojo per didelis pasitikėjimas sveikata ir nerūpestingumas veda prie sveikatai žalingų veiksmų ir nedisciplinuoto gydymosi. Tuberkulioziniam pobūdžiui formuotis turi reikšmės atsargus ligonio supažindinimas su pasireiškusia liga bei jos komplikacijomis ir planingas ligonio laiko sunaudojimas. Gydomas džiovininkas savo laiką naudoja tik 4 dalykams: miegui, valgiui, ramybei ir laisvalaikiui. Jei visi šitie punktai sveikatai sustiprinti bus rūpestingai sunaudojami, neliks laiko nuobodžiauti, nervintis ir iš viso neekonomiškai energiją eikvoti. Laisvalaikis pagal ligonio sveikatos stovį ir sugebėjimus gali būti sunaudotas pramogoms, meninei daliai, skaitymui ir lengvam darbui. Kiekvienos ligonio valandos užsiėmimas turi būti psichologiškai ir mediciniškai pagrįstas ir individualiai parinktas.

Zusammenfassung.

Die neuropsychischen Erscheinungen der Tuberkulösen, die zum Teil geradezu als Anzeichen tuberkulöser Veränderungen anzusehen sind, haben eine gewisse Bedeutung für den Verlauf der Tuberkulose und die Zweckmässigkeit des Abwehrvorganges. Ein natürliches, für die Phase des Kampfes gegen die Infektion charakteristisches neuropsychisches Syndrom besteht in der Unzufriedenheit mit dem Krankheitszustand und den Streben nach Gesundung. Bei der Behandlung ist es wichtig, diese psychische Haltung zu unterstützen. Verweichlichung kann den Lebenswillen und den Kampf gegen die Krankheit lähmen; zu grosses Vertrauen des Erkrankten in seine Gesundheit und Sorglosigkeit führen zu der Heilung schädliche Verhalten und Disziplinlosigkeiten. Für die Charakterbildung des Tuberkulösen von Bedeutung ist meine vorsichtige Aufklärung des Erkrankten über die Art seiner Erkrankung und ihre möglichen Komplikationen sowie eine planmässige Zeiteinteilung des Kranken. Während der Behandlung wird die Zeit des Tuberkulosekranken von 4 Dingen ausgefüllt: Schlaf, Essen, Ruhe und Freizeit. Wenn alle diese Dinge gewissenhaft für die Heilung genutzt werden, bleibt keine Zeit für Langeweile und damit für nervenreizende Grübeleien und unökonomischen Kräfteverbrauch. Die Freizeit kann je nach Krankheitszustand und Veranlagung für Vergnügungen, künstleriche Betätigung, Lektüre oder leichte Arbeit ausgenutzt werden. Die Einteilung des Stundenplanes muss in jedem Falle individuell mit psychologischer und medizinischer Begründung gewählt werden.

Gyd. Jonas Neniškis,
asistentas.

Džiova ir nėštumas.

Dar nežinant džiovos sukėlėjo, buvo pradėta profilaktika kovai su džiova. Randame indų tautos įsakymą, kuriuo draudžiamos vedybos su mergaite, kilusia iš džiova sergančios šeimos. Literatūroje bei istorijoje randame ir priešingų nuomonių, kur aiškiai nurodoma, kad nėštumas turįs geros įtakos plaučių džiovai. Prancūzijoje buvo net posakis, kad, girdi, iš dviejų džiova sergančių moterų ilgiau gyvensianti ta, kuri esanti nėščia. Nėštumas buvo laikomas lyg džiovos gydomąja priemone. Net džiova sergančiai mergaitei būdavo patariamos vedybos. Panašių

faktų randame ir Lietuvos istorijoje, kad vedybos džiovai turinčios gydomos reikšmės. Pavyzdžiui, Lietuvos kunigaikštis šventasis Kazimieras (1448—1848 m.) buvo gydytojų spiriamas vestis, kad vedybomis būtų pagerintas jo sveikatos stovis. Kadangi šv. Kazimieras griežtai spyrėsi tuometiniam gydytojų nurodymui, aukštesnieji dvariškiai buvo labai nepatenkinti, kad jis visai nekreipia dėmesio į savo sveikatą, neklausydamas išganingo gydytojų patarimo.

Apie tai šiandien nebėra nė kalbos. Tik 1924 m. Liebermeister nurodė, kad „nėštumas dažnai pagerinąs tuberkuliozinį procesą". Bet daugiau tos nuomonės niekas nepalaikė, nes buvo prieita išvada, kad, jei ir pagerėja antroje nėštumo pusėje plaučių tuberkuliozinis procesas, tai, palyginti su pradiniu pablogėjimu, tik reliatyviai. Be to, jei ir pagerėdavęs nuo nėštumo džiova sergančių sveikatos stovis, tai vėliau paaiškėdavę, kad jos iš viso nesirgusios džiova, o buvusios menkos sveikatos, silpnos konstitucijos, chlorozikės — žodžiu, atsilikusios mergaitės.

Tik 1850 metais Grisolle pirmasis sugriovė aną žalingą nuomonę, įrodydamas, kad džiovos procesas nuo nėštumo ne pagerėja, bet priešingai — pats procesas nuo nėštumo pablogėja, latentinė plaučių džiova dažnai aktyvuojasi. Kai 1882 metais Robert Koch surado džiovos sukėlėją, ši, pagaliau, nuomonė pradėjo vyrauti. Nėštumo pavojus džiovai buvo laikomas toks didelis, kad buvo indikuojama nėštumas nutraukti, esant bet kuriai plaučių džiovos formai. Del tokios radikalinės priemonės daug ginčytasi, kol pagaliau 1917 metais Fr. Kraus Berlin'o gydytojų suvažiavime įrodinėjo, kad „beveik 45% visų nėščių turi plaučiuose tuberkuliozinių pakitimų, įrodomų paprastomis fizikalinėmis priemonėmis, o beveik 20% jų turi sunkių pakitimų". Atrodė, pasak jo, per žiauru del 20% taikyti visoms 45% nėštumo nutraukimas.

Nuo šio laiko pasiskirsto nuomonės: vieni nėštumą laiko bloginančiu veiksniu tbc. procesams (Winter, Pankow ir kiti) ir, visai neatsižvelgdami į džiovos proceso formas, absoliučiai draudžia vedybas, kai tik yra konstatuota džiova. Rosthorn, Winter, Pankow, Küpferlen, atsižvelgdami į galimą tolimesnį sveikatos pavojų, reikalavo nutraukti nėštumą visoms džiova sergančioms. Kiti gi (Mayer, Menge) įrodinėja, kad nėštumas neturįs jokios įtakos džiovos procesui, o jei ir turįs, tai labai menkos; jie yra priešingi nėštumo nutraukimui. Treti vis delto laikosi tos nuomonės, kad nėštumas teigiamai atsiliepia į džiovos procesus (Dumarest, Brette, Sergent, Liebermeister).

Vėliau mokslininkų prieita šiek tiek vieningesnė nuomonė: latentinė, neaktyvi džiovos forma nėsanti jokia indikacija nėštumui nutraukti, o manifestinė, aktyvi džiovos forma visais atvejais esanti rimta indikacija nėštumui nutraukti. Prin-

cipinai reikalauta kiekvienas atsitikimas individualinti. Bet diskusijos nesibaigė, jos tebetrunka ir šiandien, nes praktiškai aktyvios ir neaktyvios džiovos formos atskyrimas, prognoziškas kiekvieno atsitikimo aiškinimas, atsižvelgiant į džiovos mokslišką bei praktišką vertinimą dabartiniu metu, verčia orientuotis kita kryptimi, verčia statyti kitus reikalavimus.

Vis delto paskutiniame dešimtmetyje prieita nuomonė, kad nėštumas žalingai atsiliepia į tbc. procesus. Žalojančio veikimo priežastys sekamos kliniškais ir eksperimentiškais stebėjimais.

Hofbauer pastebėjo, kad nėščios kraujyje sumažėja lipolitinio fermento, nuo kurio pareinąs Kocho bacilų apvalkalėlio riebalinių ir vaškinių substancijų tirpinimas. Tuo būdu sumažėjąs organizmo pajėgumas apsisaugoti nuo bacilų, eventualiai sumažėjąs kraujo bakteriocidiškumas.

Daug nuomonių buvo ir del cholesterino kiekio nėščios kraujyje. Vieni tyrinėtojai buvo nuomonės, kad cholesterino pagausėjimas nėščios kraujyje pablogināąs džiovos procesą, nes Koch'o bacilai geriau augą cholesterino terpėje. Salomon ir Potte konstatavo, kad tų džiova sergančių nėščių, kurių stovis yra pusėtinai geras, cholesterino spektras esąs didesnis, negu tų, kurios serga progresyvine džiovos forma. Ir prognozė, pasak Bauer'io, paprastai esanti geresnė, kada cholesterino kiekis kraujyje padidėja.

Taip pat dar ginčytinas klausimas del organizmo demineralizacijos nėštumo metu. Čia daugiausia turimas galvoje kalcio kiekis kraujyje nėštumo metu, nes, sumažėjus kalciui kraujyje, pablogėjąs tbc. procesas.

Nesigilindamas į smulkmenas, paminėsiu, kad normalus kalcio kiekis nenėščios moters kraujyje yra:

pagal Jansen'ą 9,4—11,0 mg.%
„ v. Öttingen'ą 10,2 mg. %

pagal Schöning'ą 10,5—11,5%
„ Kylin'ą 10,6—12,0%

o nėščios moters kraujyje pirmais penkiais nėštumo mėnesiais pagal Rodecurt'ą 9,04 mg. %. Panašių rezultatų, tirdami moteris, gavę ir Kirch bei King.

Bock ir Bockelmann konstatavo, kad nėščioms moterims bendras kalcio kiekis organizme sumažėjąs, pvz., pagal Schönig'ą, ligi 9,25 mg. %. Čia pateiksiu Spiegler'io ir Schol'io bandymų duomenų kreivę, kuri rodo, kurį nėštumo mėnesį kalcio kiekis moters kraujyje sumažėja ir kurį mėnesį vidutiniškai prilygsta normai (žiūr. 1 lent.).

Iš pateiktosios kreivės matyti, kad kalcio vertė svyruoja fiziologinėse ribose. Pirmais trimis nėštumo mėnesiais žymiai padaugėja kalcio, kas galima esą paaiškinti dar nevisišku organiz-

mo sugebėjimu prisitaikyti naujoms sąlygoms (prisiminkime tik hyperemesis gravidarum ir kitus negalavimus pirmaisiais trimis nėštumo mėnesiais). Pradedant nuo ketvirtojo nėštumo mėnesio kalcio kiekis krinta žemiau normos. Septintajame mėnesyje jis vėl pakyla aukščiau normalaus kiekio, bet čia neilgai laikosi — aštuntojo mėnesio pradžioje krinta žemiau normos ir toks lieka ligi pat nėštumui baigiantis. Gimdymo metu kalcio kiekis vėl pakyla aukščiau normos, kas aiškinama dideliu raumenų darbu gimdymo metu. Iš pateiktos kreivės matyti, kad kalcio kiekis per visą nėštumo laiką nelabai svyruoja.

Nepavyko rasti literatūroje kalcio kreivės nėščių moterų, kurios serga plaučių džiova, už tai nuo bet kurių išvadų tenka susilaikyti.

Kai kurie tyrinėtojai, kaip, pvz., Rist, Schultze - Rhonhof, daug dėmesio kreipia į sustiprintą skydliaukės veikimą nėštumo metu, del ko organizmo atsparumas Koch'o bacilams mažėjąs. Bet prof. Klemperer mini atsitikimus, kur buvo skirti gl. thyreoideae preparatai tuberkuliozei gydyti.

Bar, Stern, Blöte pastebėję, kad nėštumo metu sumažėjanti organizmo alergija, kuri organizmui turinti daug reikšmės. Waymersch ir Olbrechts taip pat pastebėję, kad nėštumo metu sumažėjanti organizmo alergija, kuri turinti tos pačios reikšmės džiovai, kaip ir gripui, tymams bei kokliušui. Kiti autoriai tam prieštarauja. Pavyzdžiui, Schultze - Rhonhof ir Klemperer konstatavę, kad džiova sergančioms nėščioms kutaninė Pirquet'o reakcija gaunama teigiama.

Bar stebėjo nėštumo metu tuberkulino reakciją ir konstatavo, kad nėščia esanti mažiau jautri, kas, jo nuomone, rodąs, kad organizmo atsparumas esąs sumažėjęs.

Nėščioms tuberkulino reakcijos klausimas toli gražu dar neaiškus ir reikalingas daug stebėjimų bei tyrinėjimų.

Nuo 1910 metų ieškomas tbc. filtruojamasis virusas. Tuberkuliozinės medžiagos — kultūros iš typus humanus et bovinus, sputum, specifinio pleurito eksudatas, šaltinio absceso pūliai ir t. t. — buvo filtruojamos pro Chamberland'o žvakes. Filtratas buvo įskiepytas jūrų kiaulytei, kuriai gauti įdomūs pakitimai. Arloing ir Dufourt tuos pakitimus sugrupavo ir padarė bendrines išvadas:

1) progresyvinė tbc. su dažniausiai lokalizuotais, nodoziniais pakitimais liaukose ir vidurių organuose; šita forma reta;

2) bendrinė, ypač bronchinių liaukų, hipertrofija, kuriose net rūgščiai atsparių lazdelių rasta; šita forma dažna;

3) gerybinė forma, kuri pagydoma ir filtruojamasis virusas visai išnyksta.

Del šitų bandymų autorių nuomonės susikerta. Fontes, Calmette, Arloing, Dufourt, Togonoff, Nasta,

Nélis ir daug kitų tvirtina, kad tikrai gaunama teigiamų rezultatų. Pagal Nélis'ą, šlapimuose esąs rastas filtruojamasis ultravirusas, kuris sukeliąs inkstų džiovą. Tuo tarpu Philibert, Montemartini, Manzi, Dessy ir kiti tvirtina, kad, darydami bandymus su filtratu iš tuberkuliozinių medžiagų, negavę teigiamų rezultatų, tačiau dalis bandomų jūros kiaulyčių teigiamai reagavusios į tuberkulino reakciją. Už tai įtariama, kad iš motinos filtruojamasis tbc. virusas galįs pereiti pro placentą į vaisių. Čia dar reikalingi tolimesni bandymai ir stebėjimai.

Winter ir Oppermann sieja džiova sergančių nėščiųjų pablogėjimą su vėmimu. Tat pat esą ir su nesergančiomis džiova: pirmais nėštumo mėnesiais jos netenkančios apetito, vemiančios, blogėjanti savijauta, krintąs svoris. Šituos reiškinius minėti autoriai ir laiko pagrindiniais, kurie pablogina plaučių specifinį procesą.

Daugelis ftiziatrų ir ginekologų teikdavę daug reikšmės tuberkuliozinio proceso pablogėjimui nėštumo gale del dangų (diafragmos) pakilimo. Nuo dangų pakilimo plaučiuose susidaranti hiperemija, suspausti plaučiai nepakankamai ventiliuojąsi, nuo to ir blogėjąs plaučių procesas. Pastaruoju metu kaip tik šita nuomonė pakito: pastebėta, kad paskutiniais nėštumo mėnesiais aukštai stovinčios dangos pagerina plaučių tuberkuliozinį procesą. Čia dangos padaro tą patį, ką padarytų pneumothorax'as (Scherer). Bet po gimdymo ir puerperium'e šitos aukštai stovinčios dangos daug atsiliepia į plaučių tbc. procesą: neretai minėtu metu atsitinkanti miliarinė tbc. forma. Schmorl patologohistologiškai tyrinėjo tuos atsitikimus, kai gimdyvė tuojau po gimdymo mirdavo nuo tuberculosis miliaris, ir rado, kad placentoje ir ant tarpviliozinių pertvarų esą mazgelių su tbc. bacilais. Jis sako, kad galima esą prileisti, jog placentos atsidalinimo metu bacilai pakliūvą į kraują ir sukelią tbc. miliaris.

Pasak Sternberg'o, nėštumas organizmą pakeičiąs, ir jo atsparumas infekcijai įvairiais nėštumo perijodais esąs nevienodas. Atsparumas pareinąs nuo pakitimų organizme, kurie savo ruožtu pareiną nuo nėštumo perijodo. Jo nuomone, nėštumas pirmaisiais mėnesiais blogai veikiąs tbc. procesą, o antroje ir trečioje nėštumo dalyje plaučių tbc. procesas nurimstąs, bet gimdymo ir pogimdyminiai laikotarpiai vėl esą labai pavojingi plaučių tuberkuliozei.

Sternberg'o nuomonę patvirtino kai kurie mokslininkai savo darbais. Pavyzdžiui, Santschenko konstatavęs, kad tuberkulioze užkrėstos jūros kiaulytės vienos buvo apvaisintos ir gimdė, o kitos — negimdė. Iš pirmųjų žūdavę žymiai daugiau, negu iš tų, kurios nebuvusios apvaisintos, o tik užkrėstos tuberkulioze.

Bauer, Frank, Geissler, Kraus, Jessen, Runge, Turban ir daug kitų pastebėję, kad ir menstruacijos turinčios daug įtakos plaučių tuberkuliozei. In stadio praemenstruo apie 50% karščiuoją, in stadio menstruationis 30% karščiuoją, padidėjąs kosulys, daugiau skrepliuojančios, atsirandą ar padidėją skausmai širdies srityje, svoris krintąs, nuovargis didėjąs, net bacilų esą randama kraujyje. Temperatūra pakylanti ligi 0,5°C. Didesni temperatūros svyravimai lemią blogą prognozę.

Kaip žinome, priešmenstruaciniame perijode plaučiuose, kaip ir kituose organuose, pagausėja kraujo, jo daugiau prateka. Nuo kraujo gausumo suminkštėja plaučių tuberkulioziniai židiniai. Tuo būdu iš jų į kraują gali pakliūti daugiau toksinų be bacilų. Bacilai nuo hiperemijos irgi dauginasi.

Nuo nėštumo pradžios į endokrininę sistemą įsijungia dvi naujos liaukos — corpus luteum ir placenta. Pasak Samogyi'o, del corpus luteum veikimo išburkstanti kvėpuojamųjų takų gleivinė, o tatai blogai atsiliepią į tuberkuliozinius plaučių židinius. Corpus luteum kaip tik ir veikia simpatikotoniškai. Samogyi'o nuomone, corpus luteum verum, vadinasi, moters pastojimas, esąs tikroji jaunų pastojusių moterų ūminio tuberkuliozinio proceso pablogėjimo priežastis, kuri pareinanti nuo corpus luteum hormono simpatikotonijos. Kai nėštumas nutraukiamas ar savaime įvyksta persileidimas, greit pranykstą ir visi pablogėjimo reiškiniai.

Po trijų nėštumo mėnesių išnyksta corpus luteum veikimas, lieka placentos inkretorinis veikimas. Dažniausiai pirmaisiais trimis mėnesiais plaučių tuberkuliozinis procesas pablogėja, nors ir nesti vėmimo, ledakumo ir kit. Taigi, tiesiogiai sieti tbc. pablogėjimas vien tik su vėmimu, apetito netekimu — negalima, nes ir be vėmimo pirmaisiais nėštumo mėnesiais esti silpnumas, svorio kritimas, skausmai krūtinėje, kosulys, dūrimas į mentę, temperatūros pakilimas ir t. t. Šitie reiškiniai gali trukti 8—12 savaičių. Antrame nėštumo trečdalyje minėti reiškiniai pradedą nykti, temperatūra krintanti, savijauta gerėjanti, net ir rentgenologinis plaučių vaizdas pagerėjąs (Sternberg). O paskutiniais nėštumo mėnesiais plaučių proceso stovis esąs geresnis negu prieš nėštumą.

Minėti reiškiniai tenką sieti su endokrininės sistemos korelacija, kuri staiga po gimdymo sutrinka. Organizmas buvo pasiruošęs su visos endokrininės sistemos pagalba kovoti su infekcija, ypač su tbc., bet, staiga iškritus didelei liaukai (placentai), organizmas netenkąs pusiausvyros, ir plaučių tbc. procesas imąs vyrauti. Tat maždaug tokia yra Sternberg'o nuomonė, kuriai kiti autoriai iš dalies pritaria.

Šituo klausimu maža yra literatūros ir jis dar aiškintinas patologinės fiziologijos atžvilgiu.

Tačiau yra pastebėtas sąsyjis tarp endokrininės sistemos kitimo ir tuberkuliozinio proceso pablogėjimo. Pvz., pasak Schröder'io, Sokolowski'o, gerklės tbc. perijodiškai pablogėjanti su mėnesinių atsiradimu. Bhaduri stebėjęs 40 metų amžiaus pacientę, kuriai reguliariškai su mėnesinėmis atsinaujindavęs ir paūmėdavęs conjunctivitis phlyctaenulosa.

Indikacijos nėštumui nutraukti.

Kaip ten bebūtų, visi pripažįsta, kad neaiškios esančios tos priežastys, nuo kurių nėštumo metu pablogėja plaučių tbc. Mums svarbiausias klausimas yra: kurios yra indikacijos sergančių plaučių tuberkulioze moterų nėštumui nutraukti?

1899 met. Berlyne, kovai su tuberkulioze I kongrese Moragliano labai energingai reikalavo, kad be išimties visoms nėščioms, sergančioms plaučių tuberkulioze, būtų nutrauktas nėštumas. 1902 m. Romoje šituo klausimu nuomonės pasidalino. 1911 met. München'e ginekologų - akušerių suvažiavime šitas klausimas vėl buvo iškeltas. Jam visomis išgalėmis pritarė Pankow, taip pat reikalaudamas visoms džiova sergančioms nutraukti nėštumą. 1923 met. Mannheim'e ftiziatrų suvažiavime buvo svarstomas nėštumo nutraukimo klausimas sergančioms plaučių džiova. Ten specialistai, pasirėmę gausiais stebėjimais, reiškė nuomonę, kad ne visais, bet tik tam tikrais atvejais tenką nutraukti nėštumas. 1929 met. tuo klausimu vėl ginčytasi internistų su ginekologais Berlin'o suvažiavime. Žodžiu, nuo 1923 metų pasirodo francūzų, vokiečių, anglų bei amerikiečių darbų šituo klausimu, bet vis delto neprieita vieningos nuomonės.

Klinicistų nuomonės nėštumui nutraukti, sergant plaučių džiova, pasidalino. Winter, o vėliau ir Pankow tvirtino, kad absoliuti indikacija nutraukti nėštumui esanti, kai pacientė serganti manifestine plaučių tuberkuliozės forma; o kai pacientė serga latentine plaučių tuberkuliozės forma, nėštumas esąs nenutrauktinas. Pankow savo nuomonę net suskirstė į grupes, kurios plačiai buvo imamos pagrindan, nutraukiant nėštumą. Jo reikalavimai:

1) latentine plaučių tbc. sergą keturi penktadaliai visų nėščių; šita forma nėsanti jokia indikacija nėštumui nutraukti;

2) manifestine plaučių tbc. sergančioms nėštumas blogai atsiliepiąs, ypač antroje nėštumo pusėje ir gimdymo metu;

3) manifestine plaučių tbc. forma sergančioms nėštumas nutrauktinas iš principo;

4) ir antroje pusėje nutrauktinas nėštumas, kai pasirodo, kad pacientė serga manifestine plaučių tbc.

Tuo tarpu Mayer, Menge, Kurschmann, Schüller, Kühne, Scherer buvo priešingos nuomonės. Pasta-

rieji kategoriškai pasisako prieš abortą, pasirėmę šiais pagrindais:

1) dar nėsąs įrodytas nėštumo žalingumas džiovai;

2) nėštumo nutraukimas nepadedąs tuberkulioziniam procesui: nepaisant nėštumo nutraukimo, procesas arba gerėjąs arba blogėjąs;

3) esant kartu nėštumui ir tuberkuliozei, reikėtų ne nėštumas šalinti, bet gydyti tuberkuliozė, guldant ligonę į sanatoriją, kur jai daugiau galima esą padėti negu dirbtiniu abortu.

Treti gi — Klemperer, Stöckel, Sellheim — į nėštumą žiūri, kaip į tuberkuliozės komplikaciją, kuri tam tikrais atvejais galinti procesą pabloginti, ir siūlo kiekvieną atsitikimą individualinti. Šitai nuomonei pritaria daugiausia kompetentingų ginekologų bei internistų.

Pankow, ištyręs daugelį nėščių moterų, sirgusių manifestine tbc. forma, kurioms nebuvo nutrauktas nėštumas, ir radęs 56% mirtingumo, o sergančioms latentine tbc. forma mirtingumas tesiekęs 3,5%. Pastarųjų duomenų sugretinimas pastūmėjo Pankow'ą griežtai reikalauti nutraukti nėštumą sergančioms manifestine tbc. forma. Panašios nuomonės laikosi K. Franz, B. Zondeck ir Winter.

Mayer, Menge ir kitų nuomone, lengvais atvejais abortas esąs nereikalingas, o sunkiais — nepasiekiąs tikslo. Kliniškai Menge nerandąs jokio skirtumo nėščios ir nenėščios moters tuberkuliozinio proceso eigoje. Tikrai įdomūs yra Scherer'o stebėjimai. Iš 427 nėščių, kurios sirgusios aktyvia tbc. forma, 355 išnešiojusios ir laiku gimdžiusios. Iš jų pirmaisiais metais post partum mirtingumas siekęs 4,5%, o tų mirtingumas, kurioms nėštumas buvęs nutrauktas, siekiąs 74%. Panašias išvadas yra priėję ir Wagner, Dumarest, Brette, Pinard.

Weinberger siūlo ne kiekvienu manifestinės tbc. formos atveju nutraukti nėštumą, bet individualinti. Jo nuomone, manifestinėje tbc. formoje bus stebimi objektyvūs, vietiniai būdingi reiškiniai arba bakteriologiškai skrepliuose bus randama Koch'o bacilų, o latentinės tbc. formos nei vietiniais nei bendriniais reiškiniais nekonstatuosime, taip pat ir bakterijų skrepliuose nerasime. Apie nėštumo nutraukimą tegalinti būti kalba tik manifestinės tbc. formos atveju, kai tikrai galima esą įrodyti aktyvi tbc. forma: aktyvūs infiltratyvūs židiniai plaučiuose, — žinoma, išskiriant randėjančius išgijusius procesus, — bakteriologiškai teigiamas skreplių tyrimas, rentgenologiškas vaizdas, taip pat ir bendrinis organizmo stovis. Bauer būtinai pataria atsižvelgti į tokių ligonių socialines sąlygas, kurioms jis skiria labai daug reikšmės.

Pastaraisiais laikais pradėta bendradarbiauti ginekologų su internistais. Paryžiuje, Beaudelouque klinikoje, atidary-

tas atskiras paviljonas nėščioms džiova sergančioms moterims. Tokį skyrių atidarė Menge Heidelberg'e, kur kartu ginekologų su ftiziatrais stebimos nėščios ir gimdyvės, sergančios džiova. Vokietijoje prie sanatorijų yra specialūs skyriai džiova sergančioms nėščioms kartu su izolatoriumais kūdikiams (Schereer). Amerikono Morse duomenimis, ir Amerikos kai kuriose sanatorijose atidaryti panašūs skyriai. Maskvoje taip pat buvęs atidarytas panašus centras prie „Klara Cetkin" tbc. sergančioms nėščioms, bet sunku tikėti apie jo „tobulumą", nes per penkerius metus iš visos Rusijos tepakliuvusi 351 nėščia džiovininkė.

W. Neumann'o plaučių džiovos klasifikacija.

Dauguma mokslininkų ftiziatrų bei ginekologų pripažįsta, kad tinkamiausia plaučių džiovos klasifikacija, ypač turint galvoje prognozę, esanti W. Neumann'o klasifikacija.

W. Neumann plaučių džiovos susirgimus skirsto į 3 grupes.

A — grupė:

1) Phthisis fibrocaseosa.
2) Phthisis ulcerofibrosa.

A — grupė dar smulkinama į keturias pogrupes, bet praktiškai paliekamos tik minėtosios dvi pogrupės.

A— grupei esą būdinga — kliniškai ar bent mažiausiai rentgenologiškai įrodomos kavernos plaučiuose.

1. Phthisis fibrocaseosa — esąs plaučių parenchimos susirgimas, apibūdinamas infiltraciniais židiniais, kurie galima esą laikyti arba tbc. bronchopneumonia, arba konglomeraciniais tuberkulais. Susirgimo pradžia dažniausiai plaučių viršutinėje skiltyje, bet procesas slenkąs į plaučių pagrindą, žemyn. Senesnėms stadijoms būdinga daug jungiamojo audinio randų, suvarškėjimas, plaučių parenchimos griuvimas ir kavernų atsiradimas. Esant gėrybinei formai, procesas apsiribojąs, prasidedąs rumbėjimas, atsirandąs cirrhosis pulmonum. Esant blogybinei formai, greit vykstąs suvarškėjimas, plaučių audinio griuvimas, ir per keletą mėnesių baigiasi mirtimi. Tarp šitų kraštutinių formų esą daug pereinamų, tarpinių formų.

2. Phthisis ulcerofibrosa atsirandanti iš tuberculosis fibrosa densa tuo būdu, kad procesas plečiąsis kontaktiniu, eventualiai bronchogeniniu keliu, būtent, į susirgimą nuolat įtraukiamos platesnės audinių dalys, židinys didėjąs, pagaliau suvarškėjąs ir griūvąs.

Neumann A- grupės susirgimuose siūlo nutraukti nėštumą dar pirmais trimis mėnesiais nuo pastojimo. Šitai grupei jis priskiria ir tuos atsitikimus, kur liga pasireiškia kraujoplū-

džiu iš plaučių, temperatūros pakilimais ligi 38°C ir kit. Kai kas, tokiam plaučių stoviui esant, nėštumą siūlo palikti, o plaučius gydyti pneumothorax'ais, nes esą gaunama gerų rezultatų. Tačiau Beckman ir Kirch, išnagrinėję šitą klausimą smulkiau, priėjo išvadą, kad plaučių stovis pagerėjąs tik nutraukus nėštumą. Kai nėštumas paliekamas, o plaučių stovis neblogėjąs, tai dar nereiškią, kad viskas būsią gerai — tokia moteris beveik visuomet po gimdymo mirštanti. Po gimdymo pacientės stovis labai greit blogėjąs ir jau nieko nebegalima esą padėti. Pasak Heinricho Kahr'o, šitos abi plaučių džiovos formos linkusios progresuoti, ypač puerperium'o perijode. Sparčiai griūvant plaučių audiniams, mirtis galinti ateiti po kelių mėnesių šuoliais. Tokios džiovos formos esančios ypač tragiškos gydytojui prognozės atžvilgiu.

B- grupė skirstoma į keturias pogrupes:

1) tuberculosis fibrosa densa;
2) tuberculosis fibrosa diffusa;
3) tuberculosis miliaris discreta;
4) proliferuojąs pirminis kompleksas.

B- grupei būdinga, kad proceso blogėjimas galįs prasidėti nėštumo metu. Kai temperatūra pažastyje pakyla ligi 37,4°C, indikuotina nėštumas nutraukti. Taip pat reikią nutraukti nėštumas, kai plaučiuose esą girdimi skambūs, smulkūs karkalai, kai atsirandąs pleuroje, perikarde ar peritoneume eksudatas, kai esanti haemoptoe, ar skrepliuose randama Koch'o bacilų. Taip pat ir esant progresuojančiam fungus, svorio kritimui, įtarus tbc., tenką nutraukti nėštumas.

Patogeneziškai visos keturios formos priklausančios vienai grupei, nes jos kylančios hematogeniniu keliu. Mazgeliai galį būti ne tik plaučiuose, bet ir visuose organizmo organuose. Kai tokie miliariniai mazgeliai surandėją plaučių viršūnėse, turėsime tuberculosis fibrosa densa. Kai fibroziniai mazgeliai vienodai esą išsimėtę po visus plaučius, bus tuberculosis fibrosa diffusa. Esant proliferuojančiam pirminiam kompleksui, rasime tik pirminio židinio vietą, pagrinde pleuros suaugimus, rentgenologiškai — sukalkėjusius židinius. Galima rasti ir ekstrapulmoninių metastazinių židinių, kas B- grupei esą būdinga. Tuberculosis miliaris discreta esanti gėrybinė forma, kuri neprivedanti prie mirties.

Pasak Kahr'o, netenką bijoti, kad nėštumas B- grupės procesą suaktyvintų, bet vis delto tenką pacientė sekti ir nepalikti be priežiūros. B- grupė dar kitaip vadinama hematogenine tuberkulioze, ji, palyginti su A- grupės vad. bronchogeninėmis formomis, esanti gėrybinė.

Ypač pabrėžiama, kad nėštumas pablogina bronchogeninę plaučių džiovą (Brindeau, Kourilsky, Couvelaire,

Dumarest, Leonardi, Frisch). O tie patys autoriai nurodo, kad hematogeninėse plaučių džiovos formose nėštumas sveikatos nepabloginąs. Panašių padarinių gavęs Schmidt-Lange, ba[illegible]ydamas gyvulius: chroniškas tuberkuliozinis procesas pas jūros kiaulytes nepakitęs, nors jos ir buvusios nėščios, palyginti su kontrolinėmis. Kaip nepaprastą atsitikimą, Frisch aprašo, kad tuberculosis fibrosa densa nėštumo metu perėjusi į phthisis ir baigusis mirtimi.

C- grupė.

Šita grupė skirstoma į tris pogrupes:

1) tuberculosis abortiva;
2) pirminis kompleksas;
3) recidivuoją chroniški pleuritai, kurių pagrinde — rudimentinė plaučių džiova.

Ir šitos grupės susirgimuose galį atsirasti kongestinių židinių, pablogėti sveikata, del ko galį tekti nutraukti nėštumas. Pasak Neumann'o, kai nuolat pažastyje temperatūra 37,5°C, nuolat krinta svoris, tatai verčią nutraukti nėštumą. Visa trečioji forma vadinama rudimentine, abortyve plaučių džiova, nes ją tik išimtinai nėštumas pabloginąs.

C- grupės ligonėms vis tiek, ar nėštumas pašalinamas, ar ne — sveikatos stovis ir plaučių stovis lieką nepakitę. Todėl, pasak prof. Neumann'o, ir subfebrili temperatūra šitos grupės nėščioms moterims dar nėsanti jokia indikacija nėštumui nutraukti; subfebrili temperatūra nėštumo metu, esanti del įvairių priežasčių, ypač tireotoksinės kilmės, nuo latentinės infekcijos tonsilėse ar uropoetinėje sistemoje ir net del nežinomų priežasčių. Be to, šitos grupės susirgimuose haemoptoe iš gingivos ar nosiaryklės galįs būti nuo audinių hiperemijos nėštumo metu. Ir labai dažnai klaidingai esą remiamasi tariama indikacija, esą perdėta plaučių viršūnių patamsėjimo baime (Frisch), arba del subfebrilinės temperatūros, kuri klaidingai siejama su plaučių pakitimais — ir tuo būdu randama indikacija nėštumui nutraukti. Tokie atsitikimai gydymo nereikalingi. Todėl ir nėštumo nutraukimas tokioms ligonėms nereikalingas, nes, pasak Lydtin'o, tik tada nėštumo nutraukimas turįs prasmės, kai po nėštumo nutraukimo sekąs specifiškas gydymas to susirgimo, del kurio nutrauktas nėštumas.

Visai kitas reikalas, kai haemoptoe esąs su temperatūra ligi 38°C, ar skrepliuose randama tbc. bacilų, kai labai krintąs svoris, kai fiziškai ir rentgenologiškai konstatuojamas susirgimas, tada nėštumą nutraukti esanti rimta indikacija (Kahr).

Remiantis Neumann'o džiovos klasifikacija, kai kurioms džiovos formoms nėštumas nekenkia, tai daugiausia liečia B- ir C- grupes. Tačiau neneigiama, kad džiova tiesiog nuo nėš-

tumo galėtų pablogėti. Apskritai, ligonės likimas pareina nuo ligos proceso pobūdžio ir nuo gydymosi. Nėštumas, kaip dauguma autorių nurodo, gresiąs tik manifestinei plaučių džiovai. Tačiau atskirti latentinę džiovos formą nuo manifestinės gali tik prityręs gydytojas. Labai sunkus klausimas, kai skrepliuose Koch'o lazdelyčių nerandama ar pacientė visai neskrepliuoja, o reikia pareikšti nuomonė, vien pasirėmus auskultacija bei rentgenologiškais duomenimis, ar nėštumas pablogins plaučių procesą ir gres sveikatai ar net gyvybei. Be abejojimo, nėštumas sudaro tam tikrą pavojų plaučių džiovai. Nepaisant to, gydytojų tikslas yra — gydyti džiovą, nenutraukiant nėštumo, nes jokia nėštumo komplikacija nėra indikacija nėštumui nutraukti, kaip S t ö c k e l savo laiku yra pasakęs, bet gydyti ta komplikacija, paliekant nėštumą. Kūdikio gyvybė galima tik tada aukoti, kada gresia motinos gyvybei pavojus. Būtina sąlyga, kad gydymas būtų pradėtas, kaip galima a n k s č i a u, ir būtų tęsiamas, kaip galima i l g i a u: ne tik ligi gimdymo, bet ir po gimdymo.

Todėl gydytojui praktikui, akušeriui bei ginekologui tenka uždavinys — tos moterys, kurios prieš pastojimą buvo užsikrėtusios džiova, nuolat sekti ir, nėštumo metu, pradėjus blogėti sveikatai, tuojau siųsti pas plaučių ligų specialistą.

Tiksliai atsakyti į klausimą, kuriais atvejais tektų nutraukti nėštumas sergančioms plaučių ar kitų organų džiova, yra labai sunku, nes daugelis ftiziatrų del tos pačios ligonės prognozės yra nevienodos nuomonės. Kartais tik laikas parodo, kuria kryptimi rūtuliojasi liga — gerėja ar blogėja. Už tai ir negali būti išdirbta lentelė, pagal kurią galima būtų skirstyti nėštumo nutraukimas. Del to,

1) kad tas klausimas vis delto aiškėtų, kada nutraukti ir kada nenutraukti nėštumas,

2) kad būtų pravesta didesnė kova su džiova,

3) kad nenukentėtų tautos prieauglis kiekybės ir kokybės atžvilgiu,

tektų ir pas mus Lietuvoje įsteigti n ė š č i o m s a t s k i r a s a n a t o r i j a, kurioje dirbtų akušeris - ginekologas ir ftiziatras. Į tokią gydyklą - sanatoriją galima būtų siųsti visos nėščios, kurioms įtariama plaučių džiova, kurioms reikia nustatyti indikacijos nėštumui nutraukti, be to, ir tokios džiova sergančios nėščios, kurioms reikalingas sanatorinis plaučių gydymas, ir tokios, kurios del socialinių sąlygų negali gydytis savo lėšomis, o kartu yra pavojingos kitų savo šeimos narių užkrėtimo atžvilgiu. Tokioje sanatorijoje nėščios moterys rastų tinkamą gydymą, priežiūrą, maistą bei orą. Tuo būdu būtų daug prisidėta prie kovos su džiova. Ligi šiol tuo klausimu pas mus beveik ir nesirūpinta. Prezidentinės santvarkos laiku gydymasis buvo pasiekiamas tik turtingiesiems. Ir tai ne visi į esamas sanato-

rijas galėjo pakliūti — visadžios būdavo perpildytos. Naujų sanatorijų statyba nebuvo kam rūpintis. Komunistinės santvarkos metu daug gražių vilčių lakstydavo ore, bet nė viena nebuvo realizuota — lygiai taip pat džiova sergančių klausimas nebuvo tvarkomas. (Ir nenuostabu, nes plaučių džiova sergą vyrai buvo pašaukti į kariuomenę; tai kam besirūpinti svetimais!). Žinoma, dabar, karo metu, irgi ne laikas naujas sanatorijas statyti ir rinkti iš visos Lietuvos džiova sergančias nėščias. Bet galima būtų tas reikalas truputį sutvarkyti ir rasti šiokia tokia išeitis.

Jeigu kuris gydytojas randa, kad nėščia moteris serga džiova, ją siunčia į Kauno konsultacinę nėštumui nutraukti komisiją. Toji komisija, ambulatoriškai apžiūrėjusi, uždeda teigiamą ar neigiamą rezoliuciją. Tokiomis sąlygomis dirbant, labai sunku kas nors tikro pasakyti apie ligos stovį. Pasak Theodor'o Brugsch'o, tokios ligonės tenką sekti ne mažiau, kaip dvi savaites, nuolat stebint ligonę sanatorijoje, padaryti visi fizikališki, biologiški bei bakteriologiški tyrimai. Prof. Theodor Brugsch pabrėžia, kad, esant nors ir mažiausiam plaučių džiovos įtarimui, reikią panaudoti rentgenologiškas tyrimas. Nepanaudojimas rentgeno įtartai džiovai išaiškinti esąs nedovanotina klaida (Th. Brugsch).

Antra vertus, sakykime, kad tikrai randamas reikalas nutraukti nėštumą del plaučių džiovos. Tokia ligonė atsigula į kurią nors moterų ligų ligoninę ar į moterų ligų skyrių, kur jai pašalinamas nėštumas. O toliau? Toliau beveik visos tokios ligonės paliekamos Dievo valiai — labai retai kuri iš jų įstengia gydytis sanatorijoje, o kitos, kad ir įstengtų, bet nepakankamai įvertina savo ligą ir, kol gerai jaučiasi, kol neištinka haemoptoe ar kitas kuris nemalonus ir gąsdinąs reiškinys, dirba savo įprastą darbą.

Džiova yra išimtinai socialinė liga. Ir kova su ja priklauso socialinės higienos. Darant pažangą, atrodo, kad bendrinis mirtingumas nuo džiovos mažėja. Mirtingumui sumažinti daug padėjo medicinos mokslas, ypač socialinė medicina, socialinis rūpinimasis maisto pagerinimu, butais, auklėjimu, švara. Taip pat specialus džiovos gydymas žymiai sumažina mirtingumą nuo džiovos. Ligonių izoliacija sanatorijose kartu yra ir profilaktinė priemonė, nes izoliuojamos atvira forma sergančios ligonės.

Butas, maistas ir auklėjimas yra svarbiausi socialiniai veiksniai kovoti su džiova. Nepakankamas mitimas palengvina susirgti džiova, ką matome ypač karo metu (Gerhartz). Ankštas butas, kai jame gyvena šeima, kurios bent vienas narys serga atvira džiovos forma, yra puikiausia priemonė užsikrėsti džiova. Del to butų statymas pagal planą užbėga džiovai už akių.

Taip pat profilaktika turi daug reikšmės kovai su džiova — higienos mokymas nuo pat pradžios mokyklos pirmųjų metų ligi universiteto. Labai didelė klaida daroma, kad pas mus higiena mokyklose nustumta į paskutinę vietą. Pasiteiraukime, ar yra pas mus kurioje nors gimnazijoje dėstomas higienos kursas? Nerasime nė vienos gimnazijos klasėje grynai higienos pamokų. Jei ir užsimenama apie higienos mokslą mokiniams, tai dažniausiai tik tarp kitko, sąsyjyje su kitais mokslais. Del to nenuostabu, kad gimnaziją bebaigiąs mokinys ar mokinė net nežino tikro džiovos pavojaus sveikatai, nežino, koks pavojus gresia kitiems šeimos nariams, kai vienas iš jų serga atvira forma, nežino, kaip baisi yra džiova naujagimiams. Ir iš kur žinos, jeigu nebuvo supažindintas dar gimnazijos suole, nes ne visiems atsiranda noro laisva valia paskaityti speciali literatūra apie džiovą.

Del to svarbiausia, kad būtų įvesta mūsų mokyklose higiena, kad ją skaitytų tik gydytojai, kad ypač mergaičių klasėse būtų kreipiama dėmesio į džiovos pavojų. Šituo būdu daug prisidėsime prie kovos su džiovos plitimu, palengvinsime tautos ir valstybės naštą, kurią užkrauna sergantieji.

Kas tenka daryti su jau sergančiomis džiova? Socialinis draudimas, kuris rūpinasi darbininko sveikata, yra galingas ginklas su džiova. Turėtų būti pakankamas skaičius sanatorijų, kurios įstengtų kiekvieną džiova susirgusį, nepaisant jo socialinės padėties, izoliuoti ir gydyti.

Labai svarbios sveikatai yra socialinės sąlygos, nes yra pastebėta, kad nuo jų pareina ligos eiga ir net nėščios likimas. Kai neištekėjusi pastoja, kai del gausios šeimos tenka daug ir sunkiai dirbti, kai yra nesantaika šeimoje, kai vyras girtauja bei kortuoja ir nesirūpina šeima — žodžiu, įvairūs socialiniai sunkumai priverčia užsimiršti nėščią moterį apie savo ligą ir būtinumą gydytis. Anot prof. H a n s e n'o, nepalankios socialinės sąlygos kiekvienam džiovininkui — esančios katastrofa.

Šiuo metu socialinės sąlygos dažniausiai sunkios. Nenuostabu, kad nėštumas pablogina džiovos procesą. Pagal tai tektų kiekvienai džiova sergančiai nutraukti nėštumas, nes del pagausėjusios šeimos, del užtikrinimo savo ir kūdikio egzistencijos socialinės sąlygos dar pasunkės, o tuo būdu ir sveikata pablogės. Atrodo, kad tokiu atveju nėštumo nutraukimas būtų kartu ir tam tikra terapija. Tačiau to negalima daryti, kai galima rasti kitokia išeitis: kam būtinai nutraukti nėštumas, kad galima gerinti socialinės sąlygos. Į socialinių sąlygų keitimą nereikia žiūrėti, kaip į mirtį, kur nieko negalima padėti: jų keitimas yra mūsų pačių rankose. Todėl nėštumo ir džiovos problema yra socialinė problema.

Šitų socialinių trūkumų neįmanoma atskiriems skyriams ar ambulatorijoms pašalinti. Nieko gero tuo reikalu nepasieksime, kol visos tokios ligonės bus sukoncentruotos į vieną vietą, kur

jos gaus ne tik prieglaudą, bet ir specialų gydymą. Į tokias sanatorijas turėtų būti priimtos visos reikalingos gydymo, kaip ir į ligonines kovai su venerinėmis ligomis, ir gydomos nemokamai. Atrodo, kad tas dalykas nėra taip sunkiai įgyvendinamas, nes jau visos vakarų valstybės, kaip matyti iš literatūros, daug metų turi atskiras sanatorijas džiova sergančioms nėščioms moterims. Nusikratę barbariškos kultūros nešėju, galėtume ir mes pažvelgti platesnėmis akimis.

Labai svarbu bendrai nuotaikai, kad būsimoji motina, kuri, be to, turi nelaimės susirgti džiova, turėtų teisės reikalauti ypatingos priežiūros ir rūpinimosi ja. Tada kiekviena moteris bus užtikrinta saugiu savo rytojumi, net ir tuo atveju, kai turės nelaimės susirgti džiova. Mes turime žiūrėti į nėštumą, anot M e n g e, kaip į fiziologinį reiškinį, o į tuberkuliozę, kaip į komplikaciją. Už tai tenka stengtis kaip nors nugalėti komplikacija (džiova), o išsaugoti nėštumas. Iš literatūros matyti, kad dabar kaip tik daugiau krypstama nuo nėštumo pašalinimo, o stengiamasi nėštumas išlaikyti ligi galo, kartu gydant plaučių tbc. procesas. Plaučių gydymas nenutrauktinas ir po gimdymo, kas dažnai pas mus atsitinka.

Ypač pasidarbavo B r a u n i n g šituo klausimu. Jis pataria džiova sergančias nėščias moteris laikyti sanatorijoje, tinkamai jas maitinti, skirti specialią dietą ir poilsį; griežtai uždrausti ilgą vaikščiojimą. Tačiau toks režimas nesąs reikalingas visą nėštumo laiką. Hematogeninės aktyvios džiovos formos nėštumo metu sanatorijose gerai pasiduodančios gydymui. Kad džiovininkė moteris negalinti žindyti kūdikio, esą žinoma. Tačiau ir džiova susirgusiai moteriai su žindymu tenką būti labai atsargiai. Atsiradus pirmiesiems negalavimams, ypač dūrimui tarp menčių, tuojau tenką kreiptis pas specialistą ar į tą pačią sanatoriją, kad tuojau užkirstų kelią pradėjusiai aktyvėti infekcijai.

Vokiečių autoriai labai pabrėžia d ū r i m ą t a r p m e n č i ų, kaip pirmą simptomą, kad buvęs latentinis džiovos procesas pradeda aktyvuotis. Jie siūlo nedelsiant padaryti fizikališkus ir rentgenologiškus tyrimus.

Toliau svarbu gydytojui, kad džiova sergančiai moteriai kūdikis, gimęs, tuojau būtų atimtas, kad tuo būdu būtų apsaugotas nuo užsikrėtimo nuo sergančios motinos. Naujieji stebėjimai rodo, kad iš džiova sergančios gimęs kūdikis dažniausiai yra sveikas (B l i n s j a n s k a j a, O e u v r e G r a n c h e r). Todėl kiekvieną tokį kūdikį turime laikyti kaip sveiką ir pilnavertį individą. Yra nuomonė, kad praktiškai sėkla ir placenta džiova neužkrečiama. Kūdikiui gresia pavojus užsikrėsti tik po gimimo. Už tai nuo to laiko ir prasideda didžiausias rūpestis, kaip apsaugotinas kūdikis nuo užsikrėtimo. Jeigu kūdikis atskiriamas nuo motinos ir sąlygos yra geros, tai viskas bus gerai. Bet jei motina pati jį krūtimi maitina, tada blogiau. Pastaruoju atveju tektų prie

minėtų sanatorijų įkurti ir izoliatoriumai kūdikiams, kuriuose jie, gerai ir tinkamai prižiūrimi, galėtų augti.

Mano nuomone, tas reikalas Kaune galima būtų sutvarkyti, vieną iš esančių moterų ligoninių paverčiant ligonine tik džiova sergančioms nėščioms. Į ją turėtų būti priimamos visos ligonės, kurioms įtarta plaučių džiova ir yra tariama indikacija nėštumui nutraukti. Tokioje ligoninėje turėtų būti stebima ir ieškoma indikacijų nėštumui nutraukti, bet taip pat ir taikomas specialus gydymas, supažindinama ligonė su ligos rimtumu ir pavojumi ne tik sau, bet ir kitiems šeimos nariams. Taip pat tokioje ligoninėje turėtų būti pravesti visi džiovininkių gimdymai, kurios dabar beveik be išimties siunčiamos į V. D. Un-to Akušerijos - ginekologijos kliniką. Kadangi minėtoje klinikoje lovų skaičius yra labai mažas, sunku jos tinkamai izoliuoti, arba pritaikyti reikiamas gydymas. Jei būtų atskira tokioms ligonėms ligoninė, tas reikalas žymiai pagerėtų — ligonė žinotų, kad tikrai bus suteikta ne tik akušerinė pagalba, bet ir pravestas specialus plaučių gydymas. Tokioje ligoninėje būtų galima kūdikiai visiškai izoliuoti nuo motinų, jie auginti išvengiant užkrėtimo. Pagaliau, vienoje vietoje susikoncentruotų panašaus susirgimo ligonių stebėjimas ir gydymas duotų geros medžiagos padaryti išvadoms įvairiais mokslo klausimais, susijusiais su nėštumu ir džiova.

Dabar trumpai panagrinėsime tuos **nėštumo ir džiovos atsitikimus, kurie buvo atvykę į V. D. Un-to Akušerijos - ginekologijos kliniką 1940—1941 metais.**

Jau esu minėjęs, kad, del vietos stokos, tokios ligonės pas mus buvo laikomos labai trumpą laiką. Dažnai ateidavo iš konsultacinės komisijos nėštumui nutraukti su trumpu protokolu, kad del plaučių tuberkuliozinio proceso reikia pašalinti nėštumas. Kadangi ta komisija yra teisiškai pripažinta, ir kad be reikalo neužsigulėtų, nebebuvo daroma smulkesnių tyrimų, nebuvo fotografuojami plaučiai, o tik padaroma interruptio graviditatis ir po kelių dienų išrašoma iš klinikos. Daugumos tokių ligonių likimas visai nė nežinomas. Apie labai nedaugelio likimą pavyko sužinoti.

Yra pastebėta, kad dažnas moterų pastojimas blogai atsiliepia į esančią plaučių džiovą. Už tai ftiziatrai įspėja, kad plaučių džiova serganti moteris vengtų dažnų pastojimų. Bar skiria daug reikšmės daugkartiniam gimdymui: juo daugiau kartų džiova serganti moteris gimdanti, tuo greičiau progresuojąs plaučių procesas. L. Bernard sako, kad džiova serganti moteris retai daug kartų gimdanti. Dubois nuomone, džiova serganti moteris pirmą nėštumą gerai pakelianti, antrą — sunkiai, o trečio — visai nebepakelianti. O. Scherer nurodo, kad čia esą svarbu, ne kelintą kartą gimdanti, bet kokio ilgumo esą laikotarpiai tarp vieno ir kito gimdymo, nuo to ir pareinąs plaučių proceso pablogėjimas ar pagerėjimas. Juk ir šiaip gyvenime

yra žinoma, kad vienas gimdymas, sekąs kitą, nusilpnina moters organizmą. Labhardt, Sellheim, Malinowski ir kiti nurodo, kad tarp vieno ir kito gimdymo būtų mažiausiai 2—3 metų perijodas, vadinamas būtinu biologiniu perijodu, nuo kurio pareinanti moters sveikata.

Iš mūsų klinikos šituo klausimu sunku padaryti bet kuri konkreti išvada, nes per dvejus metus tikrai įrodytų plačių džiova sergančių moterų buvo septynios. Iš jų (žiūr. 1 lent.):

1-ji lentelė.

Skaičius	Pirmą kartą gimdė	Daug kartų gimdė
7	3	4

Iš pirmą kartą gimdančių viena, kurios sveikatos stovis buvo neblogas, skrepliuose nerasta Koch'o bacilų, buvo išrašyta namo, o dvi mirė ligoninėje, nes abi sirgo ir gerklės džiova. Iš daug kartų gimdžiusių dvi gimdė antrą kartą, viena — penktą kartą ir viena — aštuntą kartą.

Būdinga anamnezė tos ligonės, kuri gimdė aštuntą kartą. Trumpai čia ją ir pateiksiu:

1. Lig. K. M., 32 m. amžiaus, šeimininkė, gyvenanti blogomis sąlygomis. Lig. istorija 1349 nr.

Tėvas miręs džiova, du broliai mirę irgi džiova; seserys esančios sveikos.

Vaikystėje sirgusi plaučių uždegimu ir gripu. Kad serga plaučių džiova, sužinojusi iš gydytojų prieš 3-jus metus.

Ligonė gimdžiusi 7 kartus. 4 kūdikiai augą, o 3 mirę džiova. Visus kartus gimdžiusi namuose. Tarp gretimų pastojimų nebūdavę ilgesnių tarpų, kaip 15 mėnesių. Trys mėnesiai, kaip užkimusi.

St. praesens: Vidutinio ūgio, skruostai raudoni, gleivinės išblyškusios; temperatūra 38,5° C.; skrepliuose rasta Koch'o bacilų. Hb. 54%, leukocitų 4.250, sveria 49 kg.

Plaučiai: Auskultuojant abiejuose plaučiuose girdėti amforiškas alsavimas, daug smulkių išmėtytų karkalų.

Rentgenograma: Hiliai plačiai dėmėti, diafragmos paslankumas geras. Kairioji viršūnė pritemusi. Dešiniųjų plaučių viršutinė dalis dėmėta.

Laringologas radęs: tbc. laryngis.

Ligonė pagimdė kūdikį 3.150 gr. svorio, moteriškos lyties.

Po gimdymo svoris pradėjo kristi, ligonė visai neteko apetito, temperatūra pradėjo šokinėti ligi 39° C vakarą, o rytą krinta ligi 37° C. Dispanseris atsisakė ligonę gydyti, pranešdamas, kad therapia nulla.

Ligonė atsigulė į kliniką sausio mėn. 18 dieną, o mirė kovo 13 dieną. Buvo padarytas skrodimas, kuris davė šį atsakymą: Tuberculosis cavernosa pulmon. bilat.; tbc. laryngis; enteritis tbc.

Šitas pavyzdys rodo, kad moteris, kilusi iš džiova sergančios šeimos, gyvenanti blogomis socialinėmis sąlygomis, gimdė net aštuonis kartus. Ji savo ligą pajuto pačiame gyvenimo gale: anksčiau visai nesigydė. O kai pasiryžo gydytis, buvo jau

vėlu. Taigi, džiova sergantė moteris gali gimdyti ne ligi trijų kartų, bet net ligi aštuonių.

2. Lig. E. A., 33 m. amžiaus, šeimininkė. Lig. istorija 220 nr. Gimdžiusi 5 kartus, iš kurių 2 mirę, o 3 augą. Po paskutinio gimdymo ėmusi viduriuoti, šaltis krėsti, labai kosėti, temperatūra svyruoti tarp 37°—38,5° C. Svoris krintąs, nevalganti. Išgulėjusi nuo sausio 6 dienos ligi kovo 10 dienos, mirė.

Patologo - histologiškas atsakymas: Tuberculosis caseosa et cavernosa pulmonum bilateralis; myodegeneratio cordis; ulcera tuberculosa jejuni, ilei, coeci et intestini colonis; synechiae pleurarum.

Ir šitas pavyzdys rodo, kad moteris gali gimdyti daug kartų, bet, žinoma, sveikata visai pašlyja ir nebepadeda joks gydymas.

Rosthorn, Schauta, Pankow nurodo, kad nėštumas pabloginąs plaučių džiovos procesą. Bet tas iš dalies galima paaiškinti tuo, kad dauguma džiova sergančių moterų tik ambulatoriškai gydosi, o kitos, būdamos neturtingos, jeigu randamas pas jas plaučių specifiškas procesas, visai negali gydytis ir grįžta namo prie kasdieninių savo pareigų. Jos neturi nei tinkamo maisto, nei poilsio, nei tinkamo buto, o turi rūpintis savo pragyvenimu — žodžiu, netinkamos socialinės sąlygos palengvina procesui žengti priekin. Neabejotinos reikšmės turi socialinių sąlygų pagerinimas, sanatorinis gydymas, ką ypač pabrėžia Hayek ir Bauer. Pavyzdžiui, Sergent mini atsitikimus, kur sanatorijose, gydant nėštumo metu, pagijusios net plaučių kavernos.

Seniau buvo laikoma faktu, kad nėštumas plaučių džiovos skaičių didinąs, bet šiandien ta nuomonė ėmė svyruoti. Kai kurių autorių nuomone, džiova sergančių nėščių klausimas statomas politiškai nacionališkoje šviesoje. Girdi, nacionališku atžvilgiu vertingų gimdymų klausimas turįs rūpėti visiems. Tautos bet kuriam apsunkinimui menkaverčiais psichiškais bei fiziškais individais tenką užbėgti už akių. Del to kai kurie autoriai siūlo džiova sergančių asmenų dauginimąsi pašalinti, kad tuo pagerėtų rasė ir nebūtų apsunkinta tauta. Bet ar tuo būdu išvengiama tautos apsunkinimo?

Stebėjimai rodo, kad vaikai iš džiova sergančių tėvų, kai jie izoliuoti nuo reinfekcijos, būna pilnaverčiai individai ir gana atsparūs džiovai. Nėštumo metu teisingai ir stropiai gydant plaučių džiovą, ne tik galima esą leisti nėštumas išnešioti, bet ir pats procesas galima esą išgydyti. Ir tokios pacientės galinčios daugiau kartų gimdyti, tuo būdu prisidėdamos prie šeimos bei tautos prieauglio.

Rickers nurodo pavyzdį, kur maždaug iš 500 nėščių džiovininkių, sirgusios 22 moterys aktyvia plaučių džiova. Iš jų 7 išgijusios ir gimdžiusios daugiau kartų ir procesas joms nebeatsinaujinęs. Kitoms 7 džiova buvusi konstatuota tik po pirmo gimdymo. Iš jų 5 kliniškai pasveikusios, viena po pneumo-

toraksų pagerėjusi, o septinta, šiek tiek pagerėjusi ir išvykusi savo noru namo, nebaigusi gydytis.

Schultze - Rhonhof duoda daugelį pavyzdžių, kur džiova sergančios buvo gydytos konservatyviai, paliekant nėštumą. Padarinių gauta ne blogesnių, kaip kad Winter'io, Pankow'o, Franz'o, Zondek'o ir kitų, kurie pirma pašalindavę nėštumą, o po to tik gydydavę konservatyviai. Minėti autoriai siūlo nėščias, sergančias plaučių džiova, gydyti konservatyviai, paliekant nėštumą, bet su sąlyga, kad jos būtinai gulėtų klinikose arba, dar geriau, sanatorijose, kur jos galėtų likti ilgesnį laiką prieš ir po gimdymo. Tačiau profilaktiškai pataria su dar neišgijusiu plaučių procesu vengti pastoti.

Kai nėščia negali išbūti visą laiką sanatorijoje, tai būtinai prieš pat gimdymą ir tuojau po gimdymo (po puerperium'o) turinti atvykti į sanatoriją tęsti gydymo.

Labai dažnai nėščios pavėluoja prieš gimdymą atvykti į sanatoriją tęsti gydymo, nes džiova sergančios dažnai gimdančios prieš laiką, pvz.:

Pankow	41,4%	Kühne	7,5%
Frischbier	25,0%	Raskina	8—9%
Leon Bernard ..	14,0%	Blisnjanskaja .	8,1%

V. D. Un-to klinikose pastebėta, kad tos džiova sergančios moterys, kurios pastojusios pirmą kartą, gimdo anksčiau, nesulaukusios nėštumo galo (2—4 savaitėmis). Bet kartotinai nėščios beveik visos gimdė laiku, kūdikiai buvo visai išnešioti ir svėrė net daugiau už vidutinį svorį. Be to, priešlaikinis gimdymas sutampa su plaučių džiovos proceso sunkumu: juo sunkesnis plaučių stovis, tuo anksčiau įvyksta priešlaikinis gimdymas. Pasirodo, kad šitai yra pastebėta daugelio autorių.

Daugelis autorių del to ir siūlo nutraukti nėštumą džiova sergančioms moterims, nes iš tokių moterų daug gimstą prieš laiką, kurie esą sunku arba ir visai neįmanoma užauginti, o ir užauginti lieką nepilnaverčiais piliečiais. Bet nereikia to taip bijoti, nes vidutiniškas svoris vaikų, gimusių iš džiova sergančios moters, siekia iš daugelio mūsų atsitikimų 3.310 gr. Panašaus svorio vidurkį mini ir kiti autoriai iš savo stebėjimų, pvz.:

Bernard ..... 3.089 gr.
Raskina ..... 3.340 gr. ir kiti.

Iš šitų skaičių matome, kad vidutiniškas svoris visai nesiskiria nuo sveikų moterų pagimdytų kūdikių, kurių vidutiniškas normalus svoris pagal Stoeckel'į laikomas 3.300 gr.

Kitaip reikalas eina su kūdikių mirtingumu. Pankow'o duomenimis, kūdikių mirtingumas iš džiova sergančių moterų siekiąs 54,5%. Bet kiti autoriai randa mažesnį mirtingumą, k. a.:

pagal Menge 7,1%
Bernard .... 13,0% ir t. t.

Toks didelis mirtingumo skirtumas paaiškinamas tuo, kad Pankow stebėjęs tas moteris, kurios gyveno namuose ir gydėsi ambulatoriškai, o Menge - Bernard — tas, kurios gydėsi sanatorijose. Sanatorijose kūdikiai paprastai esti izoliuoti nuo pat gimimo dienos, o namuose jokios izoliacijos nėra ir kūdikis jau pirmomis dienomis iš savo motinos gauna džiovos infekciją. Pas mus tokių kūdikių mirtingumas neįmanomas apskaičiuoti, nes sunku suregistruoti išleidžiamus iš klinikos. Nemanau, kad daug suklysiu, nurodydamas, kad kūdikių mirtingumas sieks Pankow'o nurodytą skaičių, būtent, apie 50%. Beveik iš kiekvienos kartotinai gimdančios džiova sergančios moters tenka išgirsti, kad iš kelių anksčiau gimdytų kūdikių auga tik vienas. Del to nėra ko daug stebėtis, nes dauguma mūsų džiova sergančių moterų po gimdymo net ir ambulatoriškai nesigydo, o gyvena sunkiomis materialinėmis sąlygomis, dirba kasdieninius ruošos darbus, kūdikis gyvena tame pačiame kambaryje.

Vaikų mirtingumui užkirsti, būtina sąlyga yra nuo pat gimimo momento atskirti ir izoliuoti jis nuo motinos. Kūdikių maitinimas krūtimi irgi neleistinas. Bet Augustas Scherer geresnės sveikatos moterims leidžia kūdikius maitinti krūtimi. Sąlyga statoma, kad jos tokiais atvejais užsidėtų ant veido kaukę, kad negalėtų užkrėsti kūdikio. Kiti autoriai randa galimumą užkrėsti kūdikį pienu. Curschmann du kartu konstatavęs jūrų kiaulytės piene Koch'o bacilų. Pavojus užkrėsti pienu laikomas labai menkas, nes pro virškinamuosius takus užkrėsti reikia 300.000 kartų didesnio davinio, negu pro kvėpuojamuosius takus.

Vis delto esama nuomonės, kad nėščios motinos, sergančios plaučių džiova, sumažinančios kūdikio vitalitetą (Couvelaire). Pasak Castelli'o, iš 402 kūdikių, gimusių iš džiova sergančių motinų, miręs 101 pirmaisiais metais, o 20 — tarp 2—4 metų. Mirties priežastimi buvusi plaučių infekcija, nors iš jų 69 buvę izoliuoti nuo motinų.

1904 metais Grancher pradėjo izoliuoti tų motinų vaikus, kurios sirgo atvira plaučių džiova. Jis tuos vaikus išsiųsdavęs į kaimus, ir gavęs šitokių padarinių. Paryžiuje prieš išsiuntimą susirgdavę džiova 60% kūdikių ir mirdavę apie 40%; izoliavus iš šeimų ir išsiuntus į kaimus, išsiųstųjų susirgdavę tik 0,3%, o mirtingumas kritęs ligi 0,01%. Grancher'io dėka iš 23.000 į kaimus išsiųstų vaikų per 17 metų džiova susirgę tik 17 vaikų.

Mūsų klinikoje iš septynių džiovininkių vaikų, buvo tuberkulinizuoti tik trys. Ir kartotinai tuberkulinizavus, reakcija buvo neigiama. (Nepatikrintų tuberkulinu vaikų lopšelis, bent rusų laikais, nepriimdavo).

Iš visų duomenų matyti, kad laiku izoliuoti nuo džiova sergančių moterų kūdikiai išlieka sveiki ir išauga pilnaverčiais individais.

Trumpai dar paminėsiu pavojus gimdyvei moteriai, kurie gali ją ištikti varymo perijode. Scherer nurodo į galimumą varymo perijode atsirasti tuberculosis miliaris aspiraciniu keliu. Tam išvengti, dauguma ginekologų pataria šitame perijode moterims palengvinti, būtent, kai tik sąlygos leidžia, dėti reples ar net daryti sectio caesarea liumbalinėje anestezijoje.

Mūsų klinikoje per 1940—1941 metus daryta viena sectio caesarea, esant sėdynės padėčiai, evipan-natrio intraveninėje narkozėje. Ligonė operacijos metu labai gerai miegojo. Kaip būdingos ligonės trumpai duosime ligos istoriją:

3. Lig. P. O., 34 metų, šeimininkė. Ligos istorija 111 nr. Atsigulė į kliniką 1941. I. 3.

Anamnezė. Tėvai gyvi; motina gimdžiusi 3 kartus, iš jų buvę kartą dvynukai, kurie mirę. Sesuo ir ji užaugusios. Sirgusi prieš kelerius metus bronchitu, bet vėliau paaiškėjusi plaučių džiova. Paskutiniu metu gydosi pneumothorax'ais sanatorijoje.

Gimdo pirmą kartą. Turėjusi prieš 2-jus metus vieną savaimingą persileidimą. Ištekėjusi prieš dvejus metus. Nėštumo metu savijauta ir apetitas — labai geri, nevėmė. Temperatūra 37,5°.

Prieš kurį laiką ligonė gulėjusi Raud. Kryž. sanatorijoje, kur daryti dešiniosios pusės pneumotoraksai.

Kadangi ligonė, 34 metų amžiaus, gimdo pirmą kartą, vandenys nuėję prieš 2 paras, kūdikis eina sėdynės padėtimi, temperatūra pakilo ligi 38,2° C, kūdikio širdies tonai pasidarė nelygūs, o ligonė būtinai nori gyvo vaiko, tai pasiūlyta operacijos būdu baigti gimdymas — būtent, sectio caesarea abdominalis.

Susiskambinus su sanatorija, pasiteirauta apie ligonės stovį ir paklausta, ar del plaučių galima daryti operacija. Gautas palankus atsakymas, nes procesas esąs tik dešiniųjų plaučių viršūnėje.

Iš ligonės ir jos vyro gautas sutikimas daryti operaciją.

Operacija. Į pilvo sieną įleista sol. novocaini ½%—50,0; prapjovus peritoneum'ą, ligonė pradėjo pūsti žarnas lauk. Tada įleista 1,0 gr. evipan-natrio į veną. Ligonė užmigo. Operacija skubiai tęsiama toliau. Gimtuvė prapjauta vidurinėje linijoje cervix'o srityje. Pro pjūvį ištrauktas kūdikis, moteriškos lyties, svėręs 3.430 gr. Ligonė mažai kraujavo. Išspaudus placentą, gimtuvės pjūvis pasluogsniui susiūtas. Ligonei pradėjus reaguoti, dar įleista į veną 1,0 gr. evipan-natrio. Po operacijos ligonė greit pabudo. Savijauta nebloga.

Kūdikis izoliuotas ir maitintas kitų moterų pienu.

Ligonė visą laiką gerai jaučiasi. Sausio 30 d. išsirašo namo. Patarta laikyti kūdikį izoliuotą ir tęsti plaučių gydymą. Kūdikis buvo paliktas klinikoje 2 mėn.

Šiais metais pavyko apie šitą ligonę sužinoti. Pasirodo, kad ji, išėjusi iš ligoninės, kurį laiką gydžiusis sanatorijoje, bet po 2 mėnesių pasiėmusi kūdikį į namus, gydžiusis ir tikrinusis plaučius bei sveikatą tik ambulatoriškai. Kūdikis 1 metų amžiaus, iš išvaizdos atrodo sveikas. Sanatorijoje esą pasakyta motinai, kad jos plaučių džiovos forma esanti dabar uždara.

Šitas pavyzdys rodo, kad džiova serganti moteris gerai gali pakelti operaciją ir narkozę, tik, žinoma, ne pulmoninę narkozę. Del to dauguma klinicistų siūlo, darydami operaciją, ligonei padaryti liumbalinę anesteziją, tik ne pulmoninę.

Dar kyla klausimas, kada patartinas pneumotoraksas: ar prieš gimdant, ar gimdymo metu, ar tuojau po gimdymo. Tokiais atvejais gimdymas daug mažiau atsiliepiąs į plaučių procesą. Minėtai ligonei pneumotoraksas buvo darytas už 7 dienų prieš gimdant ir po gimdymo — po 4 savaičių nuvykusi į sanatoriją.

Prof. Hornung aprašo manifestinės džiovos atsitikimus, kur buvusi neišvengtina interruptio graviditatis. Kad pulmoninė narkozė nepakenktų dar daugiau plaučių stoviui, autorius siūlo ekstirpuoti gimtuvę per vaginam, naudojantis vietine anestezija. Nuo 1922—1928 metų buvusios padarytos 43 tokios operacijos su gerais padariniais.

Del moters sterilizacijos tenką atsižvelgti į skaičių ankstyvesnių gimdymų, į moters amžių, į ankstyvesnių nėštumų įtaką bendriniam stoviui ir į laktacijos įtaką sveikatai. Ligi trečiojo nėštumo mėnesio galima esą padaryti sterilizaciją per vaginam, vartojant vietinę anesteziją ar intraveninę narkozę. Pavyzdžiui, Pehan'o klinikoje tokiais atvejais nėštumas pašalintas ekstirpuojant gimtuvę per vaginam. Visuomet viskas sklandžiai praeidavę. Tokia kastracija, kaip ją supranta Bumm ir Henkel, būtent, didinant riebalinį sluogsnį ir tuo slopinant džiovos procesą, kitų autorių atmetama, nes tat esanti problemiška pagalba, kadangi jaunai moteriai ovarų hormono iškritimas duodąs blogų padarinių. Nuo kastracijos — ar čia operatyviu keliu bus pravesta ar rentgeno — tenką atsisakyti.

1897 metais pirmasis Kehrer pasiūlė džiova sergančių moterų sterilizaciją. 1918 metais Winter surinko dvidešimties metų statistiką, iš kurios matyti, kad buvo padarytos 488 sterilizacijos. Iš jų buvo 351 del plaučių ir larynx'o džiovos, eventualiai 90%. Pankow siūlo visais manifestinės džiovos atvejais daryti moters sterilizaciją. Jam pritaria Winter ir siūlo sterilizuoti šiais atvejais:

1) nebėsant vilties pagydyti džiovos,
2) nėsant galimumo nuosekliai gydyti džiovą,
3) visais atvejais, esant tbc. laryngis.

Bet dauguma francūzų ir Menge, Scherer nuo tokių sterilizacijų susilaiko.

Toms moterims, kurios nori turėti vaikų ir kurių sveikatos stovis gerėja, visiška sterilizacija neleistina. Tokioms moterims patartinos preventyvinės priemonės.

Trumpai dar paminėsiu džiova sergančių nėščių patologinius simptomus.

Yra manoma, kad džiova sergančios nėščios pogimdyminiame perijode gana dažnai kraujuoja. Gimdymo metu tokios moterys taip pat daugiau kraujuojančios už sveikas moteris. Pasak Schlau'o, normalaus gimdymo metu moterys ne-

tenkančios 500—800 gr. kraujo, o jeigu jau daugiau kaip 1000 gr, tai bus patologiška. Nedžiovininkės gimdyvės gimdymo metu netenkančios kraujo daugiau kaip 1000 gr:

Pagal Zangenmeister'į 1,4%
„ Engelmann'ą 6,4%
„ Schaut'ą 20,0%

Tuo tarpu džiova sergančių gimdymo metu kraujo netekimas daugiau kaip 1000 gr siekia 7,3%. Turint galvoje, kad džiovininkės kūno svoris iš viso yra mažas, tai jau ir 500 gr kraujo netekimas bus patologiškas. Juo mažesnis kūno svoris, tuo pavojingiau yra netekti didesnio kiekio kraujo.

Mūsų klinikoje iš septynių gimdyvių penkios gimdymo metu ir pogimdyminiame perijode labai nedaug tekraujavo. Bet dviem neatsidalino placenta, teko ranka pašalinti: iš jų viena gimdė pirmą kartą, bet anamnezėje figūravo kriminalinis abortas, o antroji gimdė penktą kartą, buvo labai asteniška. Pastarajai labai sunkiai pavyko pašalinti placenta ir ji manipulacijos metu daug nukraujavo. Buvo placenta accreta.

Įdomus yra kraujospūdis džiova sergančių nėščių moterų. Pasak Erlanger'io, sveikos, nenėščios moters vidutiniškas kraujospūdis esąs 110/65 mm Hg., plaučių džiova sergančios nenėščios kraujospūdis esąs 95/53 mm Hg. ir, esant sunkiai progresyviai formai, galįs siekti net 77/30 mm Hg.

Paprastai paskutiniais nėštumo mėnesiais kraujospūdis pakyla ligi 127/74 mm Hg. (Slemens, Golsborough). Tuo tarpu nėščioms džiovininkėms moterims nėsą tokio kraujospūdžio pakilimo paskutiniais nėštumo mėnesiais. Sichau matavęs kraujospūdį 446 nėščioms džiovininkėms moterims ir radęs, kad žemas kraujospūdis esąs blogos prognozės požymis. Jei tuberkuliozinis procesas pagerėjąs, tai pakyląs ir kraujospūdis.

Į kraujospūdžio sumažėjimą tuberkuliozinio susirgimo atveju pirmasis atkreipė dėmesį Marfan, kuris tam teikia daug reikšmės, tiek prognozės, tiek ankstyvo simptomo atžvilgiu. Taip pat ir Leon Bernard, Kan patvirtino, kad sergantiems tbc. visada esanti hipotonija. Tačiau Kan hipotonijai teikė tik tais atvejais reikšmės, kada kartu yra ir tachikardija.

Ieškant hipotonijos priežastingumo, paprastai laikomasi šių nuomonių: arba tuberkulioziniai toksinai veikia adrenalininę sistemą, sukeldami hipoadrenalinemiją, arba toksinai veikia vegetatyvinę nervų sistemą ir per ją numuša kraujo indų tonusą.

Tiek kiekvienos infekcijos, tiek ir tuberkuliozės atveju kraujo nusėdimas pagal Westergreen'ą yra padidėjęs. Jau ir nesergančiai nėščiai moteriai kraujo nusėdimas normaliai yra didesnis, kaip nenėščiai. To nereikia užmiršti nėštumo metu esant aukštesniam kraujo nusėdimui. Be to, pasak Linzenmaier'io, kur netekę stebėti plaučių proceso suaktyvėjimo, po gimdymo 7—8 dienas kraujo nusėdimas esąs pagreitėjęs.

Mūsų klinikoje iš visų gimdžiusiųjų ir tų, kurioms nėštumas nutrauktas del džiovos, kraujo nusėdimas pagal Westergreen'ą vidutiniškai siekė:

per 1 val. 36
per 2 val. 78

Be to, pastebima nedidelė limfopenija, pagal Schilling'ą maždaug iki 16. Šiaip kraujo vaizdas nieko ypatingo nerodo.

Del plaučių bei kaulų tuberkuliozės mūsų klinikoje per dvejus metus buvo nutrauktas nėštumas 20-čiai pacienčių. Apie jų likimą neteko sužinoti. Bet paprastai yra manoma, kad nėštumo nutraukimas, sergant tuberkulioze, ne visada lieka be įtakos pačiam procesui. Kai kurie autoriai nurodo labai didelį skaičių ligonių, sirgusių tbc, kurių sveikata po aborto žymiai pablogėjusi, būtent:

pagal Schweitzer'ą	54,0%
„ Scherer'ą	68,0%
„ Kühne	30—60%
„ Franz'ą	95,5%
„ Pankow'ą	40,0%

Pankow visus tuberkuliozinio proceso pablogėjimus po interruptio graviditatis suskirsto į tris grupes, kurios remiasi nėštumo išnešiotu laiku, k. a.:

1) abortas pirmais 4 nėštumo mėnesiais davęs pablogėjimų 12,1%;
2) abortas tarp 5—7 nėštumo mėnesio davęs pablogėjimų 66,6%;
3) abortas tarp 8—9 nėštumo mėnesio davęs pablogėjimų 70,6%.

Iš šitos lentelės matyti, kad nėštumo nutraukimas tuberkuliozinėms moterims antroje nėštumo pusėje duoda blogų padarinių. Šitą nuomonę patvirtina ir daug kitų stebėtojų savais duomenimis. Abortas, pasak Schweitzer'io, esąs biologinė trauma, kuri vidutiniškai džiova sergančioms duodanti 54% pablogėjimų.

Antra vertus, esant kaverninei plaučių tbc. formai, gali atsitikti staigi moters mirtis po gimdymo nuo nukraujavimo del plaučių kavernos. Katz aprašo atsitikimą, kai 19 metų nėščia moteris, būdama 4 nėštumo mėnesyje, staiga mirusi nuo nukraujavimo iš pragraužtos stambesnės kraujagyslės kavernos sienelėje. Klemperer haemoptoe laiko labai rimtu dalyku ir siūlo tučtuojau nutraukti nėštumą, nes tai esąs tikras įrodymas, kad tbc. procesas smarkiai žengiąs priekin. Bet daugelis kitų autorių nurodo, kad ne visuomet nėštumo metu kraujoplūdis iš plaučių lemiąs blogą prognozę, nes ir abortas esąs

labai rizikingas prognozės atžvilgiu. Kahr, pavyzdžiui, aprašo ligonę, kurios abortas aktyvavo plaučių džiovą. Tatai esąs visuomet atsimintinas dalykas! Ir iš tikrųjų, nėštumo nutraukimas yra susijęs su dideliu pavojumi, nors tat gal per mažai įvertinama. Juk esti ir fiziškų ir psichiškų pakenkimų. Po interrupcijos gali atsitikti kitų susirgimų, k. a., parametritai, net sepsis.

Tbc. laryngis ir nėštumas.

Winter stebėjęs 16 nėščių moterų, sirgusių gerklės džiova. Po gimdymo jų stovis labai pablogėjęs ir 15 iš jų mirusios, apie 94%. Apskritai, gerklės džiova sergančių mirtingumas yra labai didelis. Pirmasis į tai atkreipė dėmesį Kuttner 1901 m. biologų suvažiavime Hamburg'e. Jis nurodė savo 230 gerklės tbc. atsitikimus, iš kurių po gimdymo mirė 93%. Gerklės džiovos blogus padarinius pacientės sveikatai nurodo ir daug kitų autorių, kaip antai, Fellner, Kehrer, Pankow, Schaller ir kiti, pabrėždami, kad gerklės džiova dažniausiai kombinuojantisi su plaučių džiova. Beveik visų nuomonė vienokia: sergančiai gerklės džiova moteriai kuo anksčiausiai nutrauktinas nėštumas. Skiriamos difuziškos, infiltracinės, greit einančios ir ribotos, gerybinės formos. Pirmuoju atveju, esant ne daugiau, kaip 5 mėn. nėštumui, jis tuojau nutrauktinas. Jei ribota forma, galima esą gydyti nenutraukiant nėštumo, ir tik procesui blogėjant, nutrauktinas nėštumas (H. Neumayer). Pasak Kahr'o, plaučių džiovai komplikuojantis gerklės džiova, visuomet nutrauktinas nėštumas pirmaisiais mėnesiais.

Nėštumo metu gerklės tbc. pablogėjimo priežastis ieškotina patologo-anatomiškuose pakitimuose (Hofbauer). Šitą nuomonę patvirtino savo stebėjimais Imhofer ir Grosskopf, kurie radę gerklės gleivinės hiperemiją, celių infiltraciją, papilių pagausėjimą, gleivinės išburkimą ir t. t.

Vėlesnėse nėštumo stadijose šitie histologiški pakitimai didėją ir tuo būdu ligonės stovis blogėjąs. Antroje nėštumo pusėje nutraukus nėštumą, ligonė nebeišgelbstima.

Iš mūsų septynių gimdyvių trys sirgo ne tik plaučių kavernine džiovos forma, bet ir gerklės džiova. Visos trys po gimdymo mirė. Iš jų viena išgyveno dar du mėnesiu po gimdymo, antra mirė po 7 d. pagimdžiusi, trečia — po 15 dienų.

Trumpai dar paminėsiu apie:

Kaulų, sąnarių džiovą ir nėštumą.

Joseph Nowak nagrinėja tuberkuliozinius sąnarių susirgimus, kurie nėštumo metu lengvai galį aktyvuotis. Todėl pataria visuomet nėštumą nutraukti, kai esanti kartu kaulų bei sąnarių tuberkuliozė.

Winter yra konservatyvesnis ir pataria gydyti kaulų bei sąnarių susirgimus, paliekant nėštumą, bet nuolat sekant proceso eigą.

Müller duoda visą eilę pavyzdžių, kur išgiję kaulų bei sąnarių tuberkulioziniai susirgimai nėštumo metu atsinaujinę.

Mūsų klinikos duomenimis per dvejus metus buvo padarytos dvi interrupcijos: viena del prasidėjusio aktyvuotis coxitis tbc. sin., o antra — del spondilitis tbc. ir slenkančio šaltinio absceso.

Blogiausias susirgimas yra stuburo tbc., kuris lengvai gali komplikuotis slenkančiu abscesu ir stuburo suknežimu. Nuo to gaunamas myelitis compressatoria. Pasak Lexer'io, tokių pacienčių ortopediškas gydymas gipso lovose esąs beveik neįmanomas, nes del didėjančio nėštumo nuolat tenką keisti lova. Nėštumas, pasak jo, esąs pavojingas ir anksčiau padarytai Henle-Albée operacijai. 23 nenėščioms moterims šita operacija davusi gerų padarinių. Iš jų vėliau 7 pastojusios, kurioms buvęs pastebimas ir subjektyvus ir objektyvus pablogėjimas (Koenig ir Poeck). Šitų autorių patarimu, tik penkeriems metams praėjus nuo spondilito išgijimo, moterys galinčios pastoti.

Kritiška apžvalga.

Yra nuomonė, kad esant aktyviam plaučių tuberkuliozės procesui, pastojimas stovį pablogināęs, todėl nėštumas tenką anksti nutraukti. Šita mintis buvo paremta ankstyvesne medžiaga, kuriai net rentgenologiškais duomenimis mažai ar bent nepakankamai naudotasi. Del to nenuostabu, kad į tokią išvadą bei nuomonę galėjo įsivelti daug klaidų.

Todėl šiandien pravartu susieti naujieji tuberkuliozės gydymo būdai, ypač chirurgiškas tuberkuliozės gydymas, ir iš tos bendros sumos pamėginti daryti išvada apie nėštumo ir džiovos problemą.

Beveik visi stebėtojai yra linkę paremti nuomonę, kad nėštumas turįs žalingos įtakos džiovininkei ligonei. Šita kryptimi dauguma ligonių sekama ir daromos išvados. Ir nenuostabu, kad, nutraukus nėštumą ir tuojau pradėjus gydymą, padariniai buvo geresni už tuos atsitikimus, kai paliktas nėštumas nešioti toliau, nes ligonės dažniausiai per menkai įvertindavo savo ligą ir visai nesigydydavo. Del to nėra jokio atsitiktinumo, kad, pagal Scherer'o, Curschmann'o, Kühne's, Sachs'o, Roloff'o ir kitų sanatorinius duomenis, gydant džiova sergančias nėščias moteris, gaunama panašių padarinių į tuos, kurie gauti nutraukus nėštumą. Svarbu tik gydyti ir nėštumo metu ir po gimdymo.

Iš literatūros matyti, kad dabar, gydant nėščias tuberkuliozininkes, daugiau krypstama į konservatyvų gydymą, nes aktyvi terapija, pirmiausia, nėštumo pašalinimas, neduoda nė kiek geresnių padarinių. Net rusuose, kur abortai buvo legalizuoti, vis tik dažniau pasirenkama konservatyvi terapija (Blisnjanskaja).

Kyla klausimas, ar nešiojimo perijode galima daryti plaučių chirurgiški įsikišimai, ar tenka pirmiau nutraukti nėštumas. Tuo reikalu buvo daug stebėta ir daug rašyta, kol pagaliau prieita išvada, kad plaučių chirurgijoje, kaip antai, taikant pneumothorax'ą, exhairesis nervi phrenici, suaugimų kaustiką, plaučių plombavimą, net thoracoplastica, — kaip tik mažiausiai patariama nutraukti nėštumas.

Klausimas, ar ankstyvas infiltratas sudaro pavojų procesui gimdymo akto metu bronchogeniniu keliu pasisėti plačiau, dar tiriamas.

Šituo klausimu pas mus dar maža daryta, apsiribota beveik išimtinai pneumotoraksais. Pneumotoraksais pasiekta neblogų padarinių. Mar[illegible] bedirbant Rokiškio apskr. ligoninėje teko stebėti trys moterys, kurios nėštumo metu buvo gydomos pneumotoraksais. Visos gydėsi ambulatoriškai. Nėštumo galo susilaukė labai gerai. Visos minėtos ligonės anksčiau buvo sanatorijoje. Dviejų diagnozė — apicitis tbc. fibrosa, o trečios — caverna tbc. infraclavicularis dextra. Pirmoms dviem tuojau po gimdymo buvo tęstas pneumotoraksas. Ligonė, turėjusi kaverną, po gimdymo penktą dieną namuose mirė — nuo kraujavimo iš burnos (vyro žodžiais).

Pneumotoraksų gerus padarinius mini daugelis autorių: Scherer, Bruns, Diehl, Kühne, Liebermeister, Sachs, Roepke ir kiti. Daugumos minėti padariniai liečia tuos atvejus, kai procesas buvo vienoje plaučių pusėje; bet Frischbier ir Vajda mini, kad gavę gerų padarinių, darydami ir abiejų pusių pneumotoraksus. Saye mini pacientę, kuriai penktame nėštumo mėnesyje buvusi padaryta thoracoplastica; jau nėštumo metu išnykę iš skreplių bacilai, laiku gimdžiusi, maitinusi krūtimi kūdikį ir po 2½ metų visai pasveikusi. Esą, net thoracoplastica galimą daryti nėščiai. Kiti autoriai abejoja, ar negeriau pirma nutraukti nėštumas, o tik po to daryti tokia sunki operacija. Tuo klausimu dar nedaug patyrimo. Pavyzdžiui, Jehn, plastikų specialistas, pataria pirma nutraukti nėštumą, o tik po to daryti tokią rimtą intervenciją. Kahr'o nuomone, rimta indikacija nėštumui nutraukti esanti kaverna, kada nėštumas reikią nutraukti pirmaisiais trimis mėnesiais. Tbc. miliaris vis tiek baigiantisi mirtimi, nors nėštumas ir nutraukiamas (Kahr).

Schultze-Rhonhof ir Hansen priėję išvadą, kad priežastinio sąsyjo tarp blogėjančio plaučių tbc. proceso ir nėštumo nėsą. Jei organizmas del kurių nors priežasčių prieš nėštumą buvęs nusilpnėjęs, tai nėštumas, aišku, dar daugiau jį nusilpninsiąs, bet už tai negalima esą laikyti nėštumo vienintele plaučių procesą bloginančia priežastimi.

Pagal Mariette ir Unverricht'ą, turįs būti vis delto kuo ilgesnis laikas tarp tbc. proceso inaktyvavimosi ir pastoji-

Pavardė ir vardas Lig. istor. nr. 1940—1941 m.	Amžius	Nėštumo laikas mėn.	Vemia ar ne	Mėnesinės tvarkingos ar ne	Kiek kartų gimdė	Abortai bei persileidim.	Paveldėjimas	Buvusios ligos	Plaučiuose karkalai	Rentgenolog. tirta ar ne	Speciali diagnozė
S. Ž. 3826	37	II.	+	+	4	1	n ypat.	Oophoritis.	+	—	Tbc. pulmon.
E. Č. 5649	39	IV.	+		9	0		Pneumonia.	+	—	Apicitis tbc. d. Insuff. valv. mitr.
K. Z. 6100	29	II.	+	+	2	1		nesirgo.	+	—	Tbc. pulm. dextr.
S. G. 6104	19	III.		—	0	0		nesirgo.	+	—	Tbc. pulmon.
V. N. 7056	26	II.	—	+	2	4		Pneumonia, scarlatina.	+	—	Apicitis bilat.
D. K. 7059	36	II.	—	+	2	0		nesirgo.	—	—	Apicitis dextra.
A. Š. 494	33	II.	piktin.	+	2	0	sesuo tbc.		+	—	Tbc. pulm. sin.
J. J. 1512	29	II.	—	+	1	0	motina tbc.	nesirgo.	+	—	Tbc. pulm. bilat.
V. L. 1740	22	VI.	—	+	1	0	n. ypat.	Pneumonia, morbilli.	—	—	Tbc. pulmon.
E. St. 2475	29	II.	—	+	1	0	n. ypat.	Diphtheria, pertussis.	—	—	Tbc. pulm. cavernosa.
St. B. 2744	26	II.	—	+	1	2	patėvis tbc.	Morbilli.		—	Tbc. pulm. sin.
V. P. 2794	26	II.	—	+	1	2		Gripas.	+	+	Tbc. pulm. caver. d.
N. P. 6231	26	II.	retai	+	2	2	n. ypat.		—	+	Tbc. pulm.
Z. G. 8480	25	II.	—	+	1	0	2 broliai tbc. mirę.	nesirgo.	—	+	Lymphadenitis peribronchialis, tbc. pleuritis adhaesiva.
M. Ž. 8603	22	IV.	—	+	1	0	n. ypat.	nesirgo.		+	Tbc. pulm. cavernos. bil.
A. A. 8612	39	III.	—	+	4	1	brolis tbc. mirė.	Pneumonia, scarlatina.	—	+	Tbc. pulm. bilat.
K.N. 11600	28	III.	—		2	0	n. ypat.			—	Tbc. exsudativa.
K. D. 317	30	III.	—	+	2	1	brolis serga tbc.	nesirgo.	—	—	Tbc. pulm. dextra.
A. B. 1096	38	II.	—	+	2	2	n. ypat.	Pneumonia, scarlatina.	—	—	Tbc. pulmon.
V. M. 1104	31	V.	—	+	7	0	n. ypat.	Diphtheria.		—	Spondylitis. Gibbus. Abscessus frigidus.

Kaip gydoma?	Westergreen. 1 v., 2 val.	T. °C. maxim.	Schilling	Koch'o bacilų rasta ar ne	Hb. %	Nėštumo nutraukimo būdas
Pneumothorax.		37,1°				Su laminaria.
nesigydo.	4— 10	36,9°		ne	64	Sectio vaginalis m. Dührsen.
nesigydo.	24— 69	38,5°		ne	73	Su laminaria.
nesigydo.	24— 43	37,3°		taip		Su laminaria.
sanatorijoje.	3— 8	36,6°		ne		Hegar'o dilatator.
Pneumothorax.		37°				Hegar'o dilatator.
Thoracoplastica.		37,1°				Hegar'o dilatator.
Pneumothorax.	42— 78	37,2°		taip		Hegar'o dilatator.
Pneumothorax.	53— 85	37,3°		taip		Vyras nesutiko operacijai.
Pneumothorax.	45— 65	37,3°	Lymphopenia.	taip	65	Hegar'o dilatator.
Nesigydo.		37,1°	n. ypat.			Hegar'o dilatator.
Pneumothorax.	19— 45	37,3°	n. ypat.	taip		Hegar'o dilatator.
Nesigydo.	15— 70	37,5°	Lymphopenia	taip	73	Hegar'o dilatator.
Pneumothorax.	83—109	37,1°	Lymphocitosis	ne	80	Hegar'o dilatator.
Pneumothorax.	33— 63	37,8°		taip	78	Sectio vaginalis m. Dührsen.
Pneumothorax, thorocoplastica.	20— 35	36,9°	Lymphocitosis	ne	68	Hegar'o dilatator.
Pneumothorax.		37,3°	n. ypat.	taip	70	Hegar'o dilatator.
nesigydo.	30— 70	37°				Metrorrhagia. Abrasio uteri.
Pneumothorax.		37°	n. ypat.	taip	51	Hegar'o dilatator.
nesigydo.	40— 85	37,5°	n. ypat.		53	Sectio vaginalis m. Dührsen.

mo. Už tai vedybos turinčios būti atidėtos kuo toliau nuo plaučių pasveikimo momento.

Padarysime dabar trumpą **apžvalgą mūsų klinikoje per 1940—1941 metus padarytų nėštumo nutraukimų.**

Per minėtus dvejus metus mūsų klinikoje, oficialiais dokumentais pasirėmus, buvo padaryta 20 interrupcijų del džiovos. Iš jų buvo viena moteris, sirgusi kaulų džiova (spondylitis tbc., gibbus et abscessus frigidus), o antra moteris atvyko su abortus incompletus, sirgdama kartu plaučių džiova.

Aiškesniam vaizdui duosime visų dvidešimties ligonių bendrinę lentelę (žiūr. 2 lent.).

Kaip matyti iš lentelės, daugiausia buvo moterys jauno amžiaus — tarp 19—29 metų. Tik septynios moterys turėjo daugiau kaip 30 metų amžiaus. Kaip žinome, organizmas yra linkęs sirgti džiova tarp 20—30 metų, vėliau jis darosi atsparesnis. Už tai ligonių vyresnio amžiaus buvo nedaug.

Atvykusiųjų nutraukti nėštumą nėštumo laikas dauguma siekė dviejų mėnesių. Iš viso buvo dvi moterys keturių nėštumo mėnesių, viena — penkių ir viena — šešių nėštumo mėnesių.

Labai mažai daliai buvo emesis gravidarum. Kitos pirmais stebėjimo mėnesiais jautęsi gerai.

Del mėnesinių nieko ypatingo negalima pasakyti — jos būdavo visuomet tvarkingos ir reguliarios.

Visos buvo kartotinai pastojusios, viena net dešimtą kartą. Literatūroje, kaip esame matę anksčiau, kartotinis nėštumas sergant plaučių džiova yra laikomas retenybe. Iš čia tenka daryti išvada, kad mūsų ligonių plaučių procesas gal būt nebuvo taip sunkus, nes išnešioti galėjo net devynis kūdikius. Pusės ligonių anamnezėje randamas nėštumo nutraukimas.

Šešių ligonių šeimoje galima konstatuoti džiovą. Žinodami mūsų socialines sąlygas bei butų higieną, nė kiek nesistebėsime, kad minėtos ligonės gavo antkrytį iš kitų savo šeimos narių. Dalis ligonių vaikystėje sirgo skarlatina, difterija, o suaugusios — plaučių uždegimu. Šitos ligos, esant šeimoje infekcijos šaltiniui, palengvina užsikrėsti džiova.

Tik penkioms ligonėms buvo panaudotas rentgenologiškas tyrimas. Vadinasi, pagal B r u g s c h'ą, būtų padaryta nedovanotina klaida. Tenka pasakyti, kad beveik visos ligonės atvyko su aiškiai įrodančiais dokumentais, kad jos serga džiova ir joms reikalingas nėštumo nutraukimas, sanatorijos ar konsultacinės nėštumui nutraukti komisijos siunčiamos. Kadangi rusų įvestoji nemokamo gydymo sistema buvo labai užpildžiusi ligonines, tai, kad be reikalo negaišintume daugiau laiko, apsiėjome be jau ir taip apkrauto rentgeno. Tais atvejais, kada patiems reikėdavo nustatyti džiova ir išaiškinti nėštumo nutraukimo reikalingumas, buvo daromi rentgenologiški tyrimai.

Kaip minėta, gautos ligonės turėdavo pažymėjimus nėštumui nutraukti su lakoniškomis diagnozėmis. Todėl, smulkiau netyrinėjant, diagnozė ir likdavo ta pati, net nenurodant, kurios formos procesas, būtent, trumpai „tuberculosis pulmonum". Už tai atrodo, kad beveik visų plaučių diagnozė nerodo pilno ligos vaizdo, nerodo ligos sunkumo laipsnio. Bet tatai yra ne mūsų kaltė, nes taip buvo daroma, kad tik ligonės kuo mažiausiai užsigulėtų klinikoje.

Iš lentelės matyti, kad objektyvūs ligonių tyrimai turi šiokios tokios reikšmės — temperatūra beveik visoms subfebrili, kraujo nusėdimas pagal Westergreen'ą pagreitėjęs, skrepliuose rasta Koch'o bacilų, ir t. t.

Nutraukiant nėštumą, beveik visoms ligonėms apsieita su Hegar'o dilatatoriais. Tik trims ligonėms, kurių nėštumas buvo daugiau, kaip keturi mėnesiai, teko daryti sectio caesarea vaginalis Dührsen'o būdu.

Po intervencijos visos ligonės po 5—7 dienų buvo išrašytos iš klinikos. Vienos važiavo namo, neįvertinusios rimto sveikatos stovio, o kitos grįžo į sanatorijas gydymo tęsti. Sanatorija jas gydydama daugiausia apsiriboja pneumothorax'ais. Dviem ligonėms daryta thoracoplastica.

Apie visų ligonių tolimesnį likimą karo metu buvo labai sunku, beveik neįmanoma, susižinoti. Todėl sunku pasakyti, ar iš tikro buvo rimta indikacija minėtoms 20 ligonių nutraukti nėštumą.

Baigiant tenka pažymėti, kad sergant tuberkulioze, nėštumo nutraukimas reikėtų individualinti. Kadangi tenka atsižvelgti į ligonės prognozę, šituo klausimu nėra nuomonių vienodumo. Netektų klausti, ar nėštumas pablogina tuberkuliozę, ar ne, bet ar, nutraukę nėštumą, gausime geresnių gydymo rezultatų, negu nenutraukdami nėštumo.

Literatūra.

1. M. Beckmann und A. Kirch: Tuberkulose und Schwangerschaft. „Arch. f. Gynäk." 1929, 135 sąs.
2. A. Blisnjanskaja: Tuberkulose und Schwangerschaft. „Arch. f. Gynäk." 1931, 146 sąs.
3. Prof. Theodor Brugsch: Lehrbuch der inneren Medizin. I ir II t. 1932.
4. F. Brupbacher: Wann ist eine ärztliche Abtreibung rechtswidrig? 1924.
5. K. Bühler und K. Zettel: Schwangerschaftsunterbrechung bei Lungentuberkulose. „Münch. m. W." 1938.
6. Prof. Gerhartz: Völkerbund und Tuberkulose. „Med. Klin." 1933, 16 nr.
7. Joachim Granzow: Betrachtungen und Untersuchungen über das Problem der intrauterinen Tuberkuloseübertragung von der extragenital tuberkulösen Mutter auf das Ei. „Arch. f. Gynäk." 1932, 149 t.
8. Halban-Seitz: Biologie und Pathologie des Weibes. 1927, 3 t.

9. Prof. Heinrich Kahr: Konservative Therapie in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. 1939.
10. R. Hornung: Die vaginale Totalextirpation des graviden Uterus in Lokalanästhesie bei aktiver progredienter Lungentuberkulose. „Zeitschr. f. Gynäk. 1929, 96 t.
11. F. Klemperer: Tuberkulose und Schwangerschaft. „Ztsch. f. Geburts. u. Gynäk." 1929, 96 t.
12. Luise Rickers: Tuberkulose und Schwangerschaft. „Med. Klin." 1935, 18 nr.
13. A. Scherer: Die Heilstättenbehandlung tuberkulöser Schwangerer. „Ztsch. f. Geburts. u. Gynäk." 1929, 96 t.
14. R. Spiegler u. W. Schot: Der Kalium - Calcium - Quotient in der normalen Schwangerschaft. Arch. f. Gynäk." 135 t.
15. Stoeckel: Lehrbuch der Gynäkologie. 1938.
16. Prof. Schultze-Rhonhof u. Prof. Hansen: Kritische Bemerkungen zur Frage „Tuberkulose und Schwangerschaft". „Med. Klin." 1933, 23 nr.
17. Schultze-Rhonhof: Die konservative Behandlung lungentuberkulöser Schwangerer. „Ztsch. f. Geburts. u. Gynäk." 1929, 96 t.

Schlussfolgerungen.

Eine Schwangerschaft darf nur dann unterbrochen werden, wenn durch sie das Leben oder die Gesundheit der Mutter in Gefahr gerät und diese Gefahr auf andere Weise nicht abgewendet werden kann.

Die Gefahr könne einerseits unmittelbar im Zeitpunkt der Untersuchung bestehen, anderseits aber auch erst in der späteren Schwangerschaftzeit, ja sogar erst während oder nach der Entbindung zu Tage treten. In Litauen müsse ein Sanatorium speziell für tuberkulöse schwangere Frauen gegründet werden, in welchem durch eingehende Untersuchung die Frage einer etwa notwendigen Schwangerschaftsunterbrechung zu prüfen sei, wo aber auch gleichzeitig die weitere notwendige Heilbehandlung durchgeführt werden könne.

Ausserdem muss in allen Schulen mehr als bisher gründlicher Unterricht in Hygiene erteilt werden.

Vyr. asist. J. Adomavičius.

Tuberkuliozę simuliuoją susirgimai*).

(Iš V. D. Un-to Vidaus ligų klinikos. Vedėjas prof. J. Meškauskas).

Daugelis vidaus organų susirgimų duoda panašius į tbc organizme sukeltus simptomus — simuliuoja bei užmaskuoja tuberkuliozinį procesą. Ir šiandien 60—70% tbc atsitikimų pavėluotai diagnozuojama. Nėra tokio organo, kurio tbc procesas negalėtų paliesti, tad ir maskavimas esti įvairus. Norint išskirti plaučių tbc iš eilės panašių plaučių susirgimų, reikia kreipti dėmesys į anamnezę, bendrą ligonio išvaizdą, plaučių perkusiją bei auskultaciją, rentgenogramą ir skreplių tyrimą. Tirdami ligonį perdaug neskubėkime — anamnezę gerai surinkime. Pastebėta, kad plaučių tbc dauguma atvejų prasideda staiga, vadinamo „gripo" pavidalu — bronchogeninis tbc iš-

*) Pranešimo, skaityto tbc dispanserių vedėjams pasitobulinimo kursuose 1941 m., santrauka.

sisėjimas plaučiuose palaikomas gripine infekcija. Neaiškių karščiavimų atvejais atsargiai statytina „gripas" diagnozė. Tbc procesas gali vystytis, kai liga atkakliai laikosi, kosulys ir karkalai nepranyksta, kai ir nekarščiuojant jaučiamas bendras silpnumas. Įtarimas tbc prasme sustiprėja, kai iš stropiai surinktos anamnezės sužinome šeimoje ar giminėse buvus mirčių del tbc; svarbu, kad tokie faktai gydytojų būtų konstatuoti. Po stiprios Koch'o bacilų ekspozicijos, gali net po metų vystytis specifiškas procesas. Neretai brendimo metu susergama, kai vaikystėje užsikrečiama.

Kritiškai vertinkime „kosčiu krauju" pareiškimus. Kadangi ne kiekvienas kraujavimas į tbc procesą nurodo, reikia atsidėjus išsiklausinėti kraujavimo pobūdis. Iš plaučių metamas kraujas daugiau kosint, šviesiai raudonas, del oro prisimaišymo putotas; iš skrandžio — vemiant, tamsiai raudonas, iš dalies koaguliavęsis, dažnai turįs valgio priemaišų, anamnezėje skrandžio ligos simptomai, objektyviai ištyrus randama skrandžio ar kepenų liga, augliai bei trombozės, trukdančios v. portae kraujo apytaką, esti melaena. 90% kraujavimų atsitikimų iš plaučių esti del tbc, o 10% — del kitų ligų. Švitinimas ir kai kurie vaistai, veikdami specifišką židinį, k. a. tuberkulinas, auksas, salicilatai, insulinas ir kiti, gali sužadinti kraujavimą, taip pat predisponuoja persirgtos ligos, hipovitaminozė, diabetas, malaria ir kit.

Drėgninis pleuritas, ne polyatrito bei pneumonijos kilmės, yra ankstyvas po kelių metų išsivystysiančios plaučių tbc reiškinys. Pasak A l l a r d'o, 30—50% sirgusiųjų drėgniniu pleuritu per tolimesnius 4-rius metus suserga plaučių tbc. Nepasitenkintina po drėgninio pleurito perkusija ir auskultacija, ypač kai ligonis kosti. Reikia rentgenologiškai tirti, nors tokie pacientai ir gerai atrodytų.

Kreipti dėmesys, ar sergąs turėjo ypatingų ekspozicijų neorganinėms dulkėms, ar serga diabetu; sektina nėščios ir gimdančios, nes pas tokias pacientes plaučių tbc gali išsivystyti ar paūmėti. Ligonio išvaizda neretai apvilia. Pas astenikus kartais nerandama tbc, nors jie dažnai lanko gydytoją ir turi įvairiausių nusiskundimų. Neatsargus gydytojas, gerai neištyręs, del atsitiktinio iš gerklės patekusio kraujo kosint pasakys, kad sergi tbc; tada ligonis gali ilgai nenurimti, gydytis. Ypač atsargiai turi būti elgiamasi su neuropatinės konstitucijos asmenimis.

Ne visada pas sergančius tbc randama objektyvių duomenų. Rentgenologiškai patvirtinti tyrimai moko, kad ankstybos formos, ypač pirminiai infiltratai, dažnai nei perkusijos nei auskultacijos pagelba nesusekami. Neradus reiškinių, netvirtinama nėsant specifiško proceso. Perkusija ir auskultacija turi savo ribas. Rentgenologiškas tyrimas daug padės. Skrep-

lių tyrimas dalyką išaiškina, kai bus rasta Koch'o bacilų. Ir atradus Koch'o bacilus, reikalingas tam tikras atsargumas: gali būti izoliuota gerklės tbc, ar limfinė liauka gali būti trūkusi į bronchą ar tbc epipharyngis. Opitz rasdavo Koch'o bacilų pas sergančius kaklo limfinių liaukų tbc ne skrandžio turinyje, bet vandenyje, kuriuo burna bei nosis išplaunama.

Anksti aptikus specifišką infiltratą, Westergreen gali būti normalus.

Skrepliai tirtini ir tada, kai rentgenograma kalba prieš tbc.

Serologiški ir bakteriologiški duomenys turi būti kritiškai vertinami. Daugelio neaiškių atsitikimų atvejais visi organai, kiek galima, apžiūrėtini visais tyrimo būdais.

Daug sunkiau susekti plaučių tbc, kai ligonis nekosti, o ir kosint, kai ligonio skrepliuose nerandama tbc bacilų. Maskuotas specifiškas procesas iš eilės įvairių plaučių susirgimų reikia išskirti. Kreipti dėmesys į ūmius ir chroniškus plaučių susirgimus, širdies ir kraujagyslių ligas, dulkių susitelkimą pas darbininkus, turinčius reikalo su specifiškomis medžiagomis; dar neužmirštini pirminiai augliai bei jų metastazės.

⅔ pneumonijų duoda klasiškus reiškinius. Tokį vaizdą gali duoti ir specifiška pneumonija, kai gausus pasėlis iš kavernos yra apėmęs apatinę skiltį, o anksčiau buvęs mažai išsiplėtęs kaverninis plaučių tbc procesas paties paciento ir artimųjų buvo nepastebėtas. Jei infiltratas labai palengva rezorbuojasi, galvotina apie daugelį atsitikimų. Sergant pneumonia griposa gali infiltrato rezorbcija užtrukti iki 3 mėn.; anemikai ilgai serga pneumonija. Pas vaikus po tymų atsiradusios pneumonijos ilgai užtrunka. Panašiai esti su luetiniais plaučių infiltratais, bronchiektazijomis, gangrena, plaučių abscesais, kai nėra tipiškų skreplių. Pagalvoti reikia ir apie komplikacijas, k. a., empyema, trombozė, pagaliau nesirezorbuojanti induratyvinė pneumonija.

Specifiškos pneumonijos atveju Koch'o bacilų randama 2—4 savaitę skaitant nuo ligos pradžios, kai prasideda audinių griuvimas. Gali būti staigi pradžia sergant ir specifiška pneumonija, ypač kai pacientas į mažų reiškinių pradžią nekreipia dėmesio ir pamiršo. Sergant specifiška pneumonija anamnezėje dažniau randama ženklų, nurodančių į tbc infekciją: pacientas jau kurį laiką nuvargęs, naktimis prakaituoja, truputį skrepliuoja, gi krupozine pneumonija suserga sveiki, buvę geros savijautos asmenys. Specifiška pneumonija sergant retai esti herpes, beveik nesti šalčio krėtimo, t° tik kelias dienas pastovi (continua). Ligonis, praėjus šokui, išblyškęs, vėliau cyanoziškas. Skrepliai darosi greit žalsvai pūlingi, apie 3 sav. randama Koch'o bacilų. Vėliau tuberkulo-toksiški pakitimai dar ryškesni — prakaitavimas, suliesėjimas, euphoria. Pats

proceso užtrukimas kalba prieš paprastą pneumoniją. Rentgenologiškas tyrimas jau duos skirtumus ankstyvoje stadijoje.

Uminis specifiškas infiltratas rentgenologiškai ir kliniškai pasireiškia panašiai, kaip lokalizuota nespecifiškos kilmės bronchopneumonija. Tiek iš simptomų, tiek iš fiziškų duomenų abiejų procesų negalima atskirti. Skiriama iš ligos eigos — nespecifiškoji pneumonija baigiasi visišku pasveikimu, gi specifiškas procesas gali užtrukti, jo rezorbcija eina lėtai ir kraujo pakitimai uždegimo prasme pasilieka ilgiau.

Ilgą laiką chroniškos pneumonijos atskyrimas nuo specifiškų plaučių pakitimų lieka atviru klausimu, reikia ilgo stebėjimo, nuolatinio Koch'o bacilų ieškojimo. Vaikų amžiuje demaskuojant plaučių tuberkuliozę, kreiptinas dėmesys į kliniską vaizdą, rentgenogramą, kraujo vaizdą, Westergreen'ą ir tuberkulino reakciją.

Antra, po plaučių, daug neaiškumų susirgimo atveju sukelianti sritis yra juosmens-dubens sritis bei stuburas. Dažnai strėnų skausmai palaikomi reumatiniais, o pasirodo esąs spondylitis tbc. Sunku diferencijuoti, nes daugelis ligų gali stuburkaulių pakitimus sukelti, gali liga ilgai trukti ir maža simptomų duoti, rentgenologiškai ilgai nerandama pakitimų.

Ischias diagnozuojamas tada, kai atmesti visi organiški susirgimai stuburkaulyje, genitaliniuose organuose bei virškinamuosiuose takuose. Strėnų skausmai gali būti del slankstelių susirgimo, jų deformacijų, alkoholinio neurito, Bechterev'o ligos, retai del aktinomikozės ir lues'o.

Sunkiose ligose, ypač esant kacheksijai, gali būti didelis jautrumas įvairiose stuburo vietose. Tas jautrumas nepastovus, tuo būdu atskiriamas nuo organiško susirgimo.

Arthrosis deformans duoda strėnų skausmus ir sumenkėjusį paslankumą; rentgenogramoje matomas papūgos snapo pavidalo tiltelis tarp stuburkaulių. Ūmus stafilokokinis osteomyelitas, potifiniai osteomyelitai, osteomalacija duoda skausmus strėnose.

Genitalijų ligos, adneksitai, myomos sukelia stiprius skausmus strėnose, kad kartais pamanoma apie kaulų susirgimą. Ginekologiškas tyrimas ir rentgeno duomenys padeda orientuotis.

Dažnai žmonės, turį kietus vidurius, skundžiasi kryžiaus skausmais, galvoja apie visas galimas stuburkaulių ir net inkstų ligas. Sureguliavus vidurius, visi nusiskundimai išnyksta.

Lymfogranuliomos židiniai, esą stubure, sukelia stiprius skausmus, deformuoja stuburą, suspaudžia nugaros smegenis ir išeinančius nervus. Tarpstuburkaulinės kremzlės lieka laisvos, gi esant tbc procesui ir jos į procesą įtraukiamos.

Nugaros smagenų augliai, ypač myelomos, be skausmų, dar gali duoti stuburo stiprių pakitimų, kompresijos reiškinių.

Nesupainiotinas chroniškas koksitas su stuburkaulių ligomis. Taip trumpai paminėtini daugiausia pasitaiką specifiško slankstelių susirgimo maskuotojai. Spondylitis tbc vystosi pamažu, nesti stiprių kliniškų reiškinių. Reikia kreipti dėmesys, demaskuojant specifišką spondylitą nuo kitų ligų, į netiesioginius reiškinius. Sužinoti, ar būta anksčiau tbc susirgimų, navikų, ar būta apsinuodijimo alkoholiu, švinu. Spondylitis tbc atveju skausmai vystosi pamažu, ligonis liesėja, nyksta apetitas. Staigūs bedirbant užėję skausmai yra būdingi lumbago ligai. Svarbu į skausmų pobūdį kreipti dėmesys. Kaulams susirgus esti liemenį juosią skausmai, pašildžius didėją. Del skausmų pakinta statika, kas kalba prieš lumbago. Didelės reikšmės specifiškam procesui demaskuoti turi kraujo tyrimas. Tuo būdu atskiriama, ar esama uždegimo, ar ne. Jei kartotinai tiriant randama leukocitozė ir ji ilgai laikosi, galvojama apie uždegimą ir pūliavimą. Tada atmetami ischias, lumbago, polineuritas, navikas ir spaudimo skausmai del deformacijų. Anemija gali būti specifiško proceso atveju, kai ilgai užtrunka šaltas abscesas, griūva laukocitai ir toksiškos medžiagos rezorbuojasi. Nors spondylitis tbc duoda deformacijas — gibbus, pastovų jautrumą vienoje vietoje, bet to neradus dar negalima atmesti organiško slankstelių susirgimo. Pamėginus lankstyti stuburą, randama lankstumo pakitimų. Daug rentgenograma padeda. Židinys gali būti palyginti mažas ir kontūrai išsilaikyti, deformacijos tada nebus.

Esant aukštai t°-rai, ypač ligos pradžioje, susidaro didelių sunkumų tbc susirgimas, ypač jo miliarinė forma, skirti nuo tifinių bei sepsinių susirgimų, Remtinasi bakteriologiškais, serologiškais, hematologiškais ir rentgenologiškais duomenimis. Stipri dyspnoe su menkais perkusijos ir auskultacijos reiškiniais plaučiuose būdinga miliarinei tbc. Nesti šalčio krėtimo, herpes, t°-ros kreivė ne tokia taisyklinga.

Įtariant sepsį, reikia ieškoti infekcijos židinio; jis gali būti otogeninis, postangininis, del chroniškų tulžies takų uždegimo, supūliavusio apendicito, coli infekcijos. Jei seną širdies ligą turįs gauna neaiškios kilmės karštį, galima galvoti apie endocarditis lenta. Rozeolės padės tifinius susirgimus atskirti. Neužmirškime nurengti ligonį, kad erythema nodosum nepražiopsotume.

Kiekvieną ilgiau užtrukusį ir terapijai nepasiduodantį pyelocistitą įtarkime esant specifiškos kilmės ir ta linkme savo tyrimus nukreipkime. Dažnai rasime kitų organų specifiškus pakitimus, kaip, pvz., epididymitis ir kit. Nesumaišytina chroniško prostatito — atskirkime iš trijų stiklų mėginio.

Koch'o bacilų radimas šlapimuose absoliučiai nepasako už chirurginę šlapiminių takų tbc. Galima sergant, pvz., iritu-

rasti tbc bacilų šlapimuose, nesant jokių pakitimų iš inkstų pusės. Tokiais atvejais būtina cistoskopija.

Tuberkuliozinį limfinių liaukų padidėjimą gali simuliuoti kiti susirgimai. Mėginamoji ekscizija būtina, tik ne per anksti, nes galima rasti tik limfinės liaukos hiperplazija.

Turint bendrų nusiskundimų, įtariant specifišką procesą, apžiūrėtini dantys, burna, tulžies takai. Lengvas basedovoid'as gali duoti subfebrilinę t°-rą; tokiais atvejais tirtina medžiagos apykaita.

Esti temperatūrofobų, pas kuriuos jaudinimosi momentais randama subfebrilė t°. Retais atvejais esti subfebrilė t°-ra, beužtrunkanti metais, kuri reikia laikyti normalia t°-ra. Pasak Hall'o, jei t°-ros pakilimas reaguoja į piramidoną, tai jis jau nėsąs normalus, vis tiek, ar aukščiau ar žemiau 37°C būtų. Atvirkščiai, jei t°-ra į piramidoną nereaguoja, arba tik į didelius davinius reaguoja, tai ji nėsanti patologiška, bet ji tenka laikyti endogenine, įprasta anomalija.

Gyd. T. Šiurkus.

Trauma ir chirurginė tuberkuliozė.

(Iš V. D. Un-to Chirurginės Hospitalinės klinikos).

Kaulų ir sąnarių tuberkuliozę (tbc) daugelis autorių vadina chirurginės tuberkuliozės vardu; del to šitas pavadinimas nūdien yra plačiai vartojamas; todėl kai kurie autoriai (W. Kremer) sako, kad chirurginė tbc, kaip kaulų ir sąnarių tbc pavadinimas, esąs įsigijęs pilietines teises. Pastaruoju metu griaučių tbc dar yra vadinama ekstrapulmonine, pagal Wieting'ą — nevisceraline tbc. Bier rekomenduoja griaučių tuberkuliozę vadinti išorine tbc.

Tuberkuliozė yra bendrinis organizmo susirgimas. Griaučiuose tuberkuliozinis židinys susidaro tik tuomet, kai kur nors organizme yra tuberkuliozinių bacilų. Todėl F. König ir teigia, kad griaučiuose tuberkulioziniai židiniai susidarą metastazavimo būdu.

Tbc bacilų įėjimo vartai į organizmą yra kvėpuojamieji takai, rečiau virškinamieji takai, o daug rečiau arba rečiausiai tonsilės ir kt. K. E. Ranke įrodė, kad tbc, kaip ir lues'o, eiga esanti cikliška. Tbc prasideda pirminiu židiniu (1876 m. Parrot'o, o 1896 m. Kuss'o aprašytas) įėjimo vietoje. Dažniausiai šitas židinys būna plaučiuose su peribronchinių liaukų infiltracija, rečiau žarnose, paliesdamas mezenterines liaukas.

Nevisuomet kaulų tbc atvejais pasiseka surasti pirminis židinys (kriptogeninė infekcija). Todėl 1926 m. Hübschmann sukūrė hipotezę, kad kartais su dulkėmis ar lašų formos infekcija paskiri tbc bacilai patenką į kraujo ar

limfos takus nesant matomos įėjimo vietos, ir todėl dažnai nesurandama pirminio židinio. Joh. Orth, skrosdamas 57 lavonus asmenų, kurie buvo sirgę kaulų ar sąnarių tuberkulioze, pas 14 neradęs pirminio židinio kitose kūno dalyse. Kiti autoriai tvirtina, kad pas daugelį žmonių patologiškai nepakitusiuose organuose randama tbc. bacilų. Tuo būdu organizme susidaranti latentinė infekcija.

Prie pirmosios tuberkuliozės fazės K. E. Ranke prijungia ir tbc. generalizaciją, nes, susidarius pirminiam kompleksui, organizmas esąs sensibilizuojamas (neigiama alergija, hiperergija). Vėliau, patekus naujiems tbc bacilams, organizmas jau būna išjaudintas ir esąs įsigijęs žymiai mažesnę apsaugos jėgą. Čia Ranke ir skiria ankstybą ir vėlybą tbc generalizaciją. Pirmoji pasižyminti organų židiniais, didelių mazgų forma, o antroji — miliarine tbc forma.

Trečioji stadija, pasak Ranke's, vedanti prie viso organizmo džiovos. Čia yra reliatyvus imunitetas (teigiama alergija). Prie šitos stadijos priskiriama dauguma kaulų ir sąnarių tbc atsitikimų.

Kaip taisyklė, tbc. bacilai į kaulus ir sąnarius patenką hematogeniniu keliu (F. König). Kaulų čiulpuose yra gana gausu retikulioendotelio, kuris kraujyje plaukiojančius bacilus sučiumpąs, ir čia jie pasilieką dažnai ilgesnį laiką latentiška forma; o pablogėjus bendriniam ar vietiniam organizmo atsparumui (blogas maistas, sunkus darbas, gripas, tymai ir kitos infekcinės ligos, trauma), tbc bacilai, buvę latentiniame stovyje, pradeda veikti. Lexer sako, kad tbc bacilai galį užplūsti kurią nors organizmo dalį, smulkiai arterijai užsidarius embolu.

Paprastai, patekus tbc bacilams į kaulų čiulpus, susidaro ten reaktyvinio uždegimo reiškiniai ir šitas centras jungiamųjų audinių būna įkapsuliuojamas; dažnai tuo metu nebūna jokių kliniškų reiškinių. Nepaisant kliniško ir rentgenologiško pasveikimo, pasilieka tuberkuliozinės granuliacijos ir tbc bacilų turintieji audinių sekvestrai, kas sudaro pavojų recidyvuoti. Čia kaip tik ir figūruoja įvairios infekcijos ir trauma, po kurios tbc bacilus saugojusieji šarvai sprogsta ir prasideda tbc proceso tarpimas, plėtimasis. Vadinasi, mechaniškų jėgų veikimas turi reikšmės kaulų ir sąnarių tuberkuliozei susidaryti, kas praktikoje yra labai svarbu, ypač socialinio draudimo atveju. Plečiantis socialiniam draudimui atsiranda kasdien didesnis skaičius subjektų, norinčių iš savo ligos pasipelnyti, ir tuo būdu atranda arba bent stengiasi įrodyti, kad jų susirgimas esąs pasireiškęs po tam tikros traumos. Todėl pats gyvenimas pareikalavo šitą klausimą kuriuo nors būdu išspręsti. Pradėta tas klausimas nagrinėti eksperimentiniu būdu. Kaip ir paprastai, pradėta eksperimentuoti su gyvuliais.

Tyrimai su gyvuliais.

K r a u s e skiepijo jūros kiaulytėms ir triušiams gryną tbc bacilų kultūrą į pilvo paodį ir truputį vėliau darydavo skiepytiesiems gyvuliukams distorsijas, išnirimus ir lūžimus. Iš 44 tuo būdu traumotų jūrų kiaulytėms sąnarių susirgo tik 15 kiaulyčių chirurgine tuberkulioze, o triušiams iš 28 skiepytų sąnarių tbc susirgo 14, nors visi skiepytieji gyvuliukai žuvo del vidaus organų tbc.

A c h a r d skiepijo panašiai, kaip kad ir K r a u s e. Visi gyvuliukai žuvę del miliarinės tbc, bet nė vienas nesusirgęs tbc traumotoje vietoje.

H o n s e l l injekuodavo triušiams didelius kiekius intra venam silpnos tbc kultūros emulsijos iš įvairių kultūrų. Penkiems iš 18 po 2—3 savaičių traumavo sąnarius ir daugumoje traumotųjų sąnarių išsivystydavę tuberkuliozinniai pakitimai. Kai kuriems buvę paliesti ir netraumoti sąnariai. Injekavus nedidelius kiekius, bet stiprios tbc bacilų kultūros, neatsirandanti sąnarių afekcija, bet po 4—5 savaičių gyvuliukai žūdavę nuo miliarinės tuberkuliozės.

P r a h l eksperimentuodamas su gyvuliais priėjo išvadą, kad trauma sudaranti locus minoris resistentiae.

P e t r o v 26-šioms jūros kiaulytėms skiepijo intraperitonealiai tbc bacilų kultūrą ir po jų mirties radęs makroskopiškai sveikuose kauluose ir čiulpuose taisyklingai susitelkusių bacilų. Jo pirmieji bandymai, vartojant lengvą traumą, buvo neigiami. Vėliau jis pradėjęs liuksuoti triušiams kelio sąnarį ir 23 triušiams suleidęs į tą sąnarį tuberkuliozinių bacilų emulsijos ir sužadinęs sunkų destruktyvinį to sąnario susirgimą, o tuo pačiu metu, kai švirkšdavo tos pačios bacilų emulsijos į sveiką sąnarį, gaudavęs tik sąnarinės kapsulės tbc. Vėliau P e t r o v 18-ai triušių prieš pačią traumą injekavo tbc bacilų emulsijos į ausies venas ir tie gyvulėliai po 3½ mėn. buvo užmušti. Suleidus tbc emulsijos į venas, sąnariai buvo distorsuojami. Vienuolikai buvo gana sunkiai distorsuoti sąnariai ir tie sąnariai po 3½ mėn. buvo tuberkuliozinio proceso sunaikinti; dviem sąnariai buvo lengvai traumoti, bet susirgimas buvo panašus. Netraumotieji sąnariai tik truputį buvo paliesti tbc proceso.

Vėlesnieji eksperimentatoriai, kaip, pvz., F r i e d r i c h ir kit., gavo panašius kaip P e t r o v'o duomenis. R i b e r a y S a n s injekuodavo intra venam tbc kultūros emulsijos ir radęs bacilų taip pat kaulų smegenyse, bet niekada po traumos negavęs sąnariuose tbc proceso.

Kritikuodami P e t r o v'ą, galime pasakyti štai ką: kas tinka triušiams bei jūros kiaulytėms, tas netinka žmogui. Antra, jei iš daugybės atsitikimų, suleidus intra venam tbc kultūros, o po to sunkiai traumavus sąnarius, kad ir buvo gautas tuberkuliozinis sąnarių susirgimas, tai nieko nuostabaus, nes pro su-

žeistas kraujagysles patenka bacilai į traumotą kūno dalį ir šitoji suserga. Petrov savo eksperimentais įrodė, kad traumotoji kūno vieta kartais suserga tbc, bet jis nekreipė dėmesio į latentinio židinio aktyvavimą (Orth'o latentinė infekcija), kur patologas H. Meynburg tvirtina, kad, jei traumos paliestasis gyvulėlis suserga chirurgine tbc, tai jis jau anksčiau turėjęs turėti savo organizme slaptą tuberkuliozinį židinį. Aschoff'o institute skrodžiant lavonus 71% visų atsitikimų buvęs rastas lavonuose tbc procesas — infekcija, tačiau susirgimų procentas buvęs žymiai mažesnis. Labiausiai yra palinkę susirgti tuberkulioze plaučiai, o labiausiai atsparūs prieš tbc — raumenys ir sausgyslės.

Trauminės tbc istorija.

Cooper 1820 m. pastebėjo traumos reikšmę scrofulosis'ui susidaryti, ką suprato, kaip chirurginę tuberkuliozę. Vėliau (1853 m.) Richter sako, kad skrofuliozė ilgainiui galinti pereiti į „tumor albus", nes jis manė, kad del stipraus ir ilgo vaikščiojimo sąnarys galįs susirgti tuberkulioze. Bauer 1870 m. tvirtino, kad trauma galinti sužadinti sąnarių tbc. Kai 1882 m. R. Koch atrado tbc bacilus ir tuo būdu buvo suprasta tikroji tuberkuliozės etiologija, nuo to laiko pradėta skirti traumai žymiai mažiau reikšmės tbc susidaryti. Nuo to laiko prasidėjo tyrimai: Virchow eksperimentais pradėjo įrodinėti, kad trauma šituo atveju turinti didelės reikšmės. 1883 m. Sayre, vėliau Volkmann, Cohnheim, Kocher ir Hoffa traumai skyrė ypatingos reikšmės chirurginei tuberkuliozei susidaryti.

Vėliau įvairūs autoriai traumos reikšmę chirurginei tuberkuliozei susidaryti suskirstė į tris grupes:

1. Kiekvienas audinių pakenkimas sudaraąs palankias sąlygas tuberkuliozei plėstis (Schütz). Witzel tvirtina, kad ir maža trauma duodanti mažus audinių kontakto sutrikimus, kur susidaranti gera dirva bacilams veistis. Orth mano, kad trauma sumažinanti vietinį audinių atsparumą. Žodžiu, trauma sudaranti locus minoris resistentiae.

2. F. König tvirtina, kad potrauminė tuberkuliozė esanti grynai metastazinė ir kad trauma sukelianti tik metastazių susidarymą, nes tuberkulioziniai židiniai (Orth) ilgus metus galį būti latentiniame stovyje, kuriuos išjudinanti trauma. Ledherhose atkreipė dėmesį į tai, kad iš plaučių galįs patekti embolas su bacilais į traumotą vietą ir ten sukelti tbc procesą. Thiem priėjo išvadą, kad po bukos traumos galinti tik ten susidaryti kaulų ir sąnarių tuberkuliozė, kur buvo Orth'o latentinė infekcija. Daugelis autorių yra nusistatę, kad trauma mobilizuojanti latentinį židinį.

Dabar kyla klausimas, kodėl chirurgine tuberkulioze dažniau neserga vaikai, kurių apie 90% yra užsikrėtę tbc ir nešioja savo organizme latentinę infekciją, nes jie labai dažnai savo sąnarius traumoja. Broca tuo tikslu ištyrė 500 vaikų ir priėjo išvadą, kad buka trauma neturinti reikšmės chirurginei tbc susidaryti.

3. Blum, Kaufmann aiškina, kad po traumos esąs gaunamas tik jau pirmiau sirgusios organizmo dalies pablogėjimas.

Karo metu chirurginės tuberkuliozės susirgimų padaugėjo. To priežastys esančios šaltis, badas, įvairios infekcijos, kūno nuovargis, bendrinis nusilpimas (Leschke), bet nepastebėta, kad del trauminio veikimo chirurginė tuberkuliozė būtų padažnėjusi. Liniger pastebėjo, kad juo rečiau anamnezėje figūruoja trauma, tuo geresnė esanti šviežių atsitikimų kontrolė. Ilgainiui Liniger priėjo išvadą, kad trauma sudaranti tik locus minoris resistentiae arba locus majoris predispositionis. Jis skiria šiuos trauminės tuberkuliozės atsiradimo veiksnius:

1. Materialinis sergančiojo išskaičiavimas gauti pašalpą, todėl kiekvienas stengiąsis savo dažnai seną ligą susieti su kuria nors tariama trauma.

2. Per daug mažas traumas įvertinti duoda pagrindo inokuliacinė tuberkuliozė, kai pro žaizdą gali patekti tbc bacilai ir sukelti vietinį susirgimą. Tuomet galima kalbėti apie pirminę trauminę tuberkuliozę, kaip, pvz., skalbėjos nuo baltinių, aptvarstant žaizdas tbc užkrėstais tvarčiais; apipjaustymo metu lūpomis iščiulpiant galima kūdikis užkrėsti, jeigu čiulpėjas serga atvira tbc.

3. Dažnai gydytojas, rinkdamas anamnezę, savo klausimais duoda pagrindo manyti, kad šitas susirgimas galėjęs atsirasti po traumos.

Traumos intensyvumas.

Literatūroje nurodomos įvairios traumos formos, sukeliančios chirurginę tuberkuliozę. Mayer eksperimentais įrodo, kad, traumai palietus organizmą, kraujyje plaukiojantieji tbc bacilai greitai pasidarą virulentiški ir kartu redukuoją opsoninų susidarymą. Todėl po traumos sutrinkąs ne tik bendrinis, bet ir vietinis organizmo atsparumas (Döllner). Del kraujagyslių sužalojimo į audinius patekęs kraujas pakintąs ir tuo būdu sudaraąs gerą dirvą bacilams egzistuoti. Tuo būdu po traumos sužalotieji audiniai, viena vertus, turį žymiai sumažėjusį imunitetą, o antra vertus, ekstravazavęs kraujas sudaro kuo geriausias sąlygas bei dirvą bacilams tarpti. Del limfos ir kraujo takų sužalojimo po traumos (Thiem) tbc bacilai susitelkią traumotoje vietoje, kur jie randą kuo puikiausias są-

lygas del imuniteto sumažėjimo ir geros maitinamosios medžiagos. Iš to seka, kad trauma įgalina tuberkuliozei tarpti.

Daugelis autorių, k. a., Honsell, Hahn, Thiem, teikia didelės reikšmės chirurginei tuberkuliozei susidaryti traumoms, lengvų distorsijų pavidalu, todėl francūzai kreipdavo ypatingo dėmesio į kojų distorsijas, nes daugelis kareivių, turėjusių kojų caries, turėdavę vieną ar net keletą kartų distorsijas. Kadangi daug sunkių sužalojimų nesukelia tbc, tai Krause sako, kad ir mažos traumos predisponuotiems žmonėms dažnai sukeliančios tbc, o stiprios sveikiesiems praeinančios be pėdsakų. Čia Krause kaip tik ir pabrėžia, kad po distorsijų būnąs didelis smulkiųjų kraujagyslių sužalojimas ir susidaranti oedema callidum, ką dažniausiai sukelia ir labai mažos traumos. Kappis ir Sudeck tvirtina, kad po kaulų, ypač ilgųjų, lūžimo, net plaučių tbc sergantiems labai retai išsivystanti chirurginė tuberkuliozė, o po smulkiųjų — daug dažniau išsirūtuliuojanti tbc (Schuchardt, Orth, Israel).

Spengler net sustatė procentinę lentelę, kurie sužalojimai ir kiek duoda chirurginės tuberkuliozės, k. a.:

Distorsijos	19,9%
Kontūzijos	4,4%
Fraktūros	1,5%
Kitos traumos	4,4%

Bergmann turėjo labai daug atsitikimų po lūžimų bei išnirimų, kuriuos stebėjo daugelį metų sąsyjyje su invalidiškumo tikrinimu ir pensijos nustatymu, bet niekada neužtikęs, kad po kaulų lūžimų ar išnirimų, neretai sunkių, o kartais net ir labai sunkių, būtų išsivysčiusi tuberkuliozė.

Pasak F. Haberland'o, klausimas, ar sužalojimo vietoje galinti išsivystyti kaulų bei sąnarių tuberkuliozė, dar nėsąs išspręstas, nes čia susipinanti visa eilė nevisai aiškių mokslišku problemų. Todėl jis ankietų pagalba apklausinėjęs 180 įvairių specialybių gydytojų: 110 chirurgų, 26 patologus, 30 ftiziatrų ir 14 teismo medikų. 18 chirurgų tarią esant galimą sąsyjį tarp traumos ir chirurginės tbc, 14 — labai retai. Apskritai, dauguma manąs, kad sąsyjis esąs galimas. Böhler, didelis traumatologijos žinovas, per 12 metų turėjęs 80.000 įvairių trauminių sužeidimų, bet niekada nestebėjęs sąsyjo tarp traumos ir chirurginės tbc. Gebhardt laikosi priešingos nuomonės: chirurginės tbc stacionare visada turėdavęs keletą atsitikimų, kur būdavęs aiškus sąsyjis. Sauerbruch, Konjetzny mano, kad sąsyjis esąs labai retas dalykas. Mikulicz aiškina, kad po kaulų lūžimų chirurginė tbc nesusidaranti, nes susirenką labai daug kraujo ir Hb trukdąs tbc bacilų augimą (Loewenstein). Pavyzdžiui, mitralinę stenozę turintieji labai retai sergą plaučių tuberkulioze del kraujo stazės plaučiuose (Buine-

vičius). Pulmoninės stenozės atveju priešingai — plaučiuose kraujo būna maža ir tokie ligoniai labai esą linkę susirgti plaučių tbc del blogos kraujo apytakos plaučiuose. Po pneumothorax'o, pasak Sauerbruch'o mokyklos, suspausti plaučiai esą daug geriau aprūpinti krauju, negu išsiplėtusieji, ir todėl tbc procesas čia ir gyjąs (pasyvinė Bier'o hiperemija).

Visi autoriai pripažįsta reikšmę chirurginei tbc susidaryti locus minoris resistentiae. P. Pitzen aiškina, kad be įskiepijamos tbc negalį būti pirminės kaulų tbc, o visos kitos kaulų tbc formos esančios metastazės, kolonijos, antriniai susirgimai, del kurių trauma esanti tik išprovokuojąs momentas, o priežastis — bacilai. Jei po traumos (Lexer) gaunama kaulų tbc kliniškų reiškinių, tai dauguma atsitikimų reikią prileisti, kad įkapsuliuotas tbc židinys, buvęs iki traumos ramus, del audinių sužalojimo būnąs suardytas.

Paprastai manoma, kad tbc infekcija į sužalotus audinius patenkanti iš kraujyje plaukiojančių bacilų. Šitokios bacilemijos, pasak Hübschmann'o ir Rancke's, esančios neretos.

Pasak Magnus'o, esąs trečias tbc infekcijos galimumas bacilais, kurie, nesužadindami jokios reakcijos, tūną kaulų smegenyse, bet po traumos jie galį pasidaryti virulentingi. Koizumi chroniškos izoliuotos organų tbc atvejais 75% visų atsitikimų radęs tbc bacilų kaulų smegenyse, kurie makroskopiškai nebuvę pakitę, o mikroskopiškai nebuvę tirta. Pasak Askanazy'o ir Magnus'o, del patogenezės solitarinės kaulų tbc atveju, ypač individams, kurie neturi matomų tbc procesų organizme, neretai provokuojąs momentas galįs būti trauma. Mat, galinti būti nedidelė bacilemija ir kaulų smegenyse galį būti susitelkę tbc bacilai, o po traumos toje vietoje susidaraąs locus minoris resistentiae. Pasak Hübschmann'o, patologiškai nepakitusiuose organuose kartais galį rastis tbc bacilų, kurie čia gali išbūti labai ilgai virulentingi, kaip kad patologai Askanazy ir Hübschmann yra įrodę, o prityręs klinicistas Magnus tatai pavadino latentiniu židiniu kaulų smegenyse. Šitą nuomonę E. Sturti mėgino sugriauti: 47-iems sergantiems plaučių tbc padarė sternalines punkcijas, bet tbc bacilų neradęs, nes, pasak Pitzen'o, sternum ypatingai retai sergąs tbc.

Be minėtų veiksnių, didelį vaidmenį kaulų tuberkuliozei susidaryti vaidina konstitucija, dispozicija ir imunitetas; taip pat nemaža reikšmės turi ir amžius, nes chirurginė tbc daugiausia paliečia jaunus žmones; po 25 metų tbc susirgimų skaičius staiga krinta.

Bet, pagaliau, chirurginei tuberkuliozei išsivystyti yra dar du galimumai, kurie taip pat yra diskutuotini: 1) latentinė tbc po traumos galinti aktyvuotis, arba 2) traumotoji kūno dalis netenkanti tam tikros dalies savo atsparumo, todėl, padidėjus

predispozicijai, kraujyje plaukioją bacilai, kurių, pasak Hübschmann'o, esama neretai, nusėdą sumažėjusio atsparumo vietoje. Kad latentinė tbc po vieno vienintelio smūgio pradėtų progresuoti, yra labai abejotina, bet neabejotina, kad gaunamas aktyvaus proceso pablogėjimas. Jei po traumos yra pasireiškusi tbc, tai reikia pagalvoti, kad toje vietoje buvo manifestinė ar latentinė tuberkuliozė. Žodžiu, organizme buvo latentinis židinys, kuris turėjo tbc bacilų.

Trauminės tuberkuliozės kriteris.

Kiekvienas gydytojas privalo atsiminti, kad jo pareiga yra ne tik teikti medicinos pagalbą, bet ir moksliškomis akimis įvertinti, kurie bus padariniai, nepaisant asmeninių paciento interesų. Palengva einantieji chroniški susirgimai dažnai sudaro daug sunkumo ir vargo nustatant sąsyjį su nelaimingu atsitikimu — trauma.

Paprastas ir aiškus sąsyjis tarp traumos ir chirurginės tbc bus tada, kai tbc infekcija pateks pro žaizdą, padarytą traumos metu. Pvz., slaugė, benešdama tbc sergančiojo skreplius su puoduku, susižeidusi, po to buvęs gautas lymphangitis, lymphadenitis ir pagaliau išsivysčiusi abipusė plaučių tbc, nuo kurios šita moteris praėjus dvejiems metams mirusi. Tokia inokuliacijos tbc paprastai pasitaiko labai retai. Literatūroje yra aprašyti tik 29 tokios inokuliacijos atsitikimai. Winiwater'o yra aprašytas vienas atsitikimas, kai tbc sergantysis, betatuiruodamas odą, čiulpęs kraują ir tuo būdu inokuliavęs tbc bacilus. Fischlis surinko 69 atsitikimus inokuliacinės tuberkuliozės nuo ritualinio apipjaustymo prieš 12 metų. 1930 metais per vienerius metus pas mus d-ras A. Matulevičius ir d-ras V. Tercijonas turėjo 3 inokuliacinės tbc atsitikimus po ritualinio apipjaustymo, kai „operatorius" sirgo atvira tbc.

Situo atveju labai svarbu įsitikinti, ar prieš tariamą traumą paliestasis kaulas ar sąnarys buvo sveikas: gal latentinis židinys yra senesnis, negu trauma, kuri galėjo duoti pablogėjimą.

Svarbu smulkiai išanalizuoti trauma, kada, kaip ir kur ji yra įvykusi, koks buvo sužalojimas (Zollinger), kada po traumos tbc pasireiškė. Müller, eksperimentuodamas su gyvuliais, pastebėjo, kad, injekavus tbc kultūros į kaulų arteriją, iki pasirodant pirmiesiems ligos simptomams praeinančios mažiausiai šešios savaitės. Įvairūs autoriai šitą laiką nustato žmonėms įvairiai, k. a.: Wullstein—3-4 sav., Döllner—5-6 sav., Linger—4-5 sav. Kadangi tasai laiko tarpas tarp traumos ir ligos pasireiškimo būna įvairus, tai yra nustatoma minimalus ir maksimalus laikas, kuris pareina nuo sergančiojo ir nuo tbc formos, nuo amžiaus ir ligos lokalizacijos. Rankų ir kojų tbc visuomet daug anksčiau pasireiškia negu stuburkaulio. Taip

pat vaikų ir jaunuolių susirgimas daug anksčiau pastebimas negu suaugusiųjų, nes pastarųjų sąnariai yra daug atsparesni prieš tuberkuliozę.

Minimaliu laiku dauguma autorių laiko 4—6 sav., o maksimaliu — 6 mėn. po buvusios traumos. Haberland pataria padaryti tuojau po traumos rentgenogramą, norint įsitikinti, ar esama seno židinio, ir savo nuomonę paremia V. H. Štefko tyrimo duomenimis, kad 80% chirurginės tbc iš pirminio, seno, latentinio židinio pereina į floridinę stadiją.

Zollinger mano, kad gausioje kazuistikoje nėsą nė vieno patenkinamo atsitikimo, kur būtų aiškiai įrodoma chirurginės tbc susidarymas po buvusios traumos, nes jau prieš traumą visuomet būdavęs minimas susirgimas latentine forma.

Pirminis židinys ilguosiuose kauluose visuomet būna epifizėse, kas, pasak Lexer'o, gaunama del tam tikro kraujagyslių pasiskirstymo kauluose. Židinys visuomet guli subchondraliai epifizėje arba metafizėje, kur yra vadinamos galutinės arterijos. Tuo tarpu diafizės būna paliečiamos labai retai, daugiausia sekundariškai iš metafizių židinių. Tbc bacilų embolija gaunama per art. nutritia.

V. D. Un-to klinikos chirurginės tuberkuliozės medžiaga.

Mūsų klinikoje per pusantrų metų, t. y. nuo persikėlimo į naująsias klinikas, iki 1941 m. galo, gulėjo 46 asmenys, sirgę chirurgine tuberkulioze (žiūr. žemiau dedamą lentelę).

Iš teikiamos lentelės matome, kad chirurgine tuberkulioze suserga daugiausia jauni žmonės. Aukščiausias susirgimų taškas pasireiškia antrą dešimtmetį, o toliau susirgimai progresyviai mažėja ir septintą dešimtį mūsų medžiagoje nepasitaikė nė vieno susirgimo chirurgine tuberkulioze.

Skirstant pagal lytis vyrų buvo 18, kas sudaro 39,13%, o moterų žymiai daugiau — 28, kas sudaro — 60,87%. Kitų autorių šitie duomenys yra kiek skirtingi, k. a.:

König'o	59,40% vyrų ir 40,60% moterų
Käfer'io	55,60% vyrų ir 44,40% moterų.

Pagal susirgimo lokalizaciją daugiausia — 43,48% — buvo gonitų; daugiau nukenčia kairysis, negu dešinysis kelio sąnarys. Antra vieta pagal susirgimo lokalizaciją tenka koksitams — 28,26%; trečia vieta tenka spondilitams — 13,08% ir t. t.

Trauminės tuberkuliozės procentas įvairių autorių statistikos duomenimis labai svyruoja. Taylor iš 845 atsitikimų traumą radęs — 53%, König — 50%, Thiem — 25%, Gelphe — 20%, Hahn — 13%, Wiener — 7%, Liniger — 5%, Lentzmann — tik 4%.

Pagal lokalizaciją trauminė tuberkuliozė įvairių autorių yra skirstoma šiaip: stuburui tenka pirma vieta (Egis), kelio

Lentelė.

V. D. Un-to Chirurginės hospitalinės klinikos. Tuberkuliozės suskirstymas pagal rūšį, amžių ir lytį.

Amžius metais		1—10		11—20		21—30		31—40		41—50		51—60				
Lytis		v.	m.	v.	m.	v.	m.	v.	m.	v.	m.	v.	m.			
Spondylitis					2	1			1	1	1			6	6	13,008%
Gonitis	dex.	1		1	2	2	1		1	1				9	20	43,48%
	sin.	1	1	1	3	3			1				1	11		
Coxitis	dex.			1	2		2		1					6	13	28,26%
	sin.			2					3		1			6		
	bil.		1											1		2,18%
Cubititis	dex.			1										1	2	4,36%
	sin.												1	1		
Riešo sąnarys	dex.		1											1	2	4,36%
	sin.				1									1		
Articul. humeri	dex.									1				1	1	2,18%
	sin.															
Šlaunikaulio Trochanter maj.	dex.														1	2,18%
	sin.						1							1		
Symphysis												1		1	1	2,18%
		2	3	6	10	6	4		7	3	2	1	2			
Iš viso . . .		5		16		10		7		5		3		46		
%%		10,87%		34,80%		21,74%		15,21%		10,87%		6,52%				

sąnariui — antra vieta (Vogel, Honsell), alkūnės sąnariui — trečia, klubo sąnariui — ketvirta, riešo sąnariui — penkta. Iš to matome, kad ne visi sąnariai bei kaulai vienodai yra linkę susirgti tuberkulioze.

Peržiūrėjus mūsų minėtą 46 atsitikimų medžiagą, rasta dešimtyje ligos istorijų daugiau ar mažiau, vienokiu ar kitokiu būdu figūruojant traumą, kas sudaro 21,74%.

Prof. V. Kanauka rado traumą 14%, o L. Kenstavičius iš šimto gonitų atsitikimų nurodo 29%, kurie išsivystę po traumos.

Pasak Zollinger'io, esą labai svarbu išanalizuoti, kada trauma yra įvykusi, kur ir koks buvo sužalojimas, kuriam laikui praėjus po traumos buvimo pasireiškusi chirurginė tuberkuliozė. Pasak jo, smulkiai išanalizavę, nerasime nė vieno atsitikimo, kur būtų aiškiai įrodomas chirurginės tbc susidarymas po traumos, K. Pautienis — apie 20%.

Dabar pamėginsiu, kad ir trumpai, panagrinėti mūsų klinikos medžiagą ir pasistengsiu nustatyti, kokiame santykyje trauma siejasi su tbc susirgimu. Tuo tikslu peržiūrėsiu tuos atsitikimus, kur figūruoja trauma:

1. Prieš metus buvo sumuštas dešinysis kelio sąnarys, kuris anksčiau buvęs sveikas, o dabar prieš keletą savaičių pradėjęs tinti, skaudėti, ligonis negalįs vaikščioti.
2. Apie dešimt mėnesių skaudąs deš. alkūnės sąnarys, kurį susimušusi virsdama prieš du mėnesius.
3. Prieš 6 metus nukritusi nuo vežimo ir susimušusi nugarą, kuri anksčiau buvusi sveika, todėl mergina anksčiau buvusi visiškai darbinga. Pusei metų praėjus nuo įvykusios traumos, po truputį pradėjusi skaudėti nugara, o dar po metų ir kair. kelio sąnarys.
4. Prieš mėnesį 9 metų mergaitė virsdama susimušusi kelio sąnarį, kuris dabar pradėjęs tinti, skaudėti, negalinti vaikščioti.
5. Prieš pusę metų berniukas truputį susižeidęs kelies sąnarį; žaizda buvusi nedidelė, pūliavusi, bet greitai užgijusi; o dabar tas sąnarys ištinęs, skaudąs, ligonis negalįs vaikščioti.
6. Prieš 9 metus nukritęs nuo dviračio ir susimušęs kelies sąnarį, kuris po 3 savaičių pradėjęs po truputį skaudėti. Ir taip liga palengva progresavusi. Anksčiau buvęs visiškai sveikas.
7. Prieš 10 mėn. susimušęs kairįjį kelies sąnarį, kuris po mėnesio pradėjęs tinti, skaudėti. Anksčiau buvęs sveikas.
8. Prieš vienerius metus iškritęs iš medžio ir susimušęs alkūnę, kuri, 9-iems mėn. praėjus, pradėjusi skaudėti. Seniau buvęs sveikas.
9. Prieš 11 mėn. kritusi ir susimušusi kelį, kuris nuo sumušimo visą laiką skaudėjęs, o dabar ištinęs. Anksčiau buvusi sveika.
10. Prieš metus pradėję skaudėti kelį, kuris prieš 3 mėn. buvęs sumuštas.

Peržiūrėjus ligos istorijų ištraukas, kur figūruoja vienokio ar kitokio pobūdžio trauma, matoma, kad pirmu atsitikimu prieš metus įvykusi deš. kelies sąnario trauma, bet nepasakyta kokio pobūžio ir kokio stiprumo, o tik dabar tas sąnarys prieš keletą savaičių pradėjęs tinti ir skaudėti. Tuo būdu šituo atveju nuo traumos iki ligos pasireiškimo yra praėję daugiau kaip

10 mėnesių. Pagal Zollinger'į tas laikas minimalus yra maždaug mėnuo, o maksimalus — 6 mėn., kai kuriais atvejais, kaip, pvz., stuburui net metai. Iš kliniško ir rentgenologiško vaizdo dabar sunku spręsti apie ligos senumą, nes pagal Haberland'o reikalavimus po traumos tuojau nebuvo padarytas rentgenologiškas tyrimas. Todėl šituo atveju iš dalies tektų priskirti etiologinė reikšmė ir traumai.

Antru atsitikimu ligonė nesveika save laiko apie 10 mėn., o tariama trauma įvykusi tik prieš 2 mėn., todėl čia trauma tenka ekskliuduoti.

Trečiu atsitikimu mergina, būdama sveika, nukritusi nuo vežimo, susimušusi nugarą; pusei metų praėjus, pradėjusi skaudėti nugara, greit pasireiškę ir kiti reiškiniai. Čia trauma, be abejo, turėjo tam tikros reikšmės ligai išsivystyti.

Ketvirtu atsitikimu prieš mėnesį buvusi kelies sąnario trauma, o dabar kelys pradėjęs tinti ir skaudėti. Vadinasi, atsirado kliniški simptomai, praėjus minimaliam laiko tarpui.

Penktu atsitikimu, pusei metų praėjus nuo traumos, pasireiškę kliniški reiškiniai.

Šeštu atsitikimu, 3 savaitėms po traumos praėjus, pasireiškę kliniški simptomai.

Septintu atsitikimu, mėnesiui praėjus nuo traumos, pasireikšmę kliniški simptomai, o tik po 10 mėn. ligonis kreipęsis į kliniką.

Aštuntu atsitikimu, kliniški reiškiniai pasireiškę, praėjus 9 mėn., t. y. daugiau kaip maksimalus laikas, todėl vargu galėjo šituo atveju trauma turėti reikšmės ligai išsivystyti.

Devintu atsitikimu nuo traumos skausmai ir tinimas nepraėję, o dabar konstatuota tbc, praėjus 11 mėn. po buvusios traumos. Nepasakyta, ar ligonė prieš traumą buvusi sveika ar ne. Atrodo, kad ji turėjo jau seniau sirgti, o trauma tik paūminusi ligos eigą.

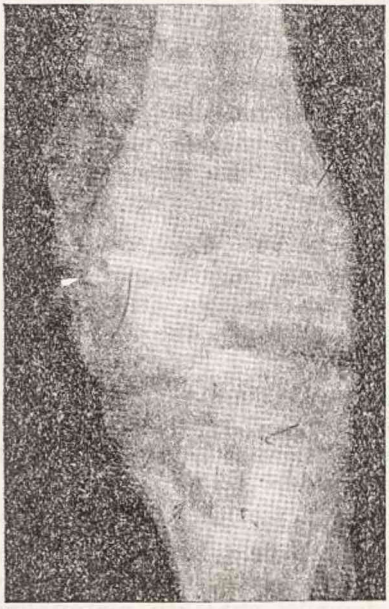
Dešimtu atveju trauma įvykusi, tik 9 mėn. praėjus nuo ligos pradžios.

Peržiūrėjus šituos dešimt atsitikimų, kur figūruoja trauma, matoma, kad pirmu, trečiu, ketvirtu, penktu, šeštu ir septintu atsitikimais susirgimas prasidėjo, tam tikram laikui praėjus po buvusios traumos, todėl reikia sutikti prileisti, kad tais atsitikimais susirgimui trauma turėjo tam tikros reikšmės. Tuo būdu iš 46 atsitikimų 7 sudaro 15,2%, kur trauma galėjo turėti kiek reikšmės chirurginei tuberkuliozei išsivystyti. Kaip matyti iš ligos istorijų ištraukų, visur būta bukos traumos, kai kuriais atvejais gana stiprios, ypač trečiu atsitikimu, kur pacientė nukritusi nuo vežimo ir, praėjus pusei metų po to kritimo, pradėjusi skųstis skausmais nugaroje del prasidėjusio tuberkuliozinio spondilito. Dauguma ligos istorijų neaprašytas traumos intensyvumas, kas yra labai svarbu.

Šita proga suminėsiu dar vieną gana būdingą atsitikimą*), kur chirurginė tbc taip pat buvo susijusi su trauma:

1942. II. 23 d. atvyko į kliniką 14 metų mergaitė del negyjančios daugiau kaip pusę metų bei pūliuojančios žaizdos viršutiniame kairiosios blauzdos trečdalyje, daugiau iš vidinės pusės. Šitai mergaitei maždaug prieš 8 mėn. buvo peršauta koja: ji gulėjo kurį laiką klinikoje ir išvyko namo su truputį pūliuojančia žaizda. Kadangi per 8 mėn. žaizda neužgijo, todėl vėl atvyko į kliniką, kur buvo padaryta rentgenograma (žiūr. r-mą), kur matyti, kad mediaiinėje sąnario dalyje sąnarinis tarpas yra vi'iškai pranykęs, o lateralinėje tik labai susiaurėjęs, o kaulai labai išretėję, dekalcinavę. Condylus medialis tibiae srityje, beveik prie pat epifizinės linijos, yra rodiklėmis pažymėtas maždaug 5 sidabrinių litų didumo židinys.

Išvalius minėtą židinį, išvalytoji medžiaga ištirta patologo-histologiškai, ir rasta osteomyelitis tuberculosa.



Atvaizde matyti tuberkuliozinis židinys condylus medialis tibiae srityje.

Trumpai peržvelgus aprašytus chirurginės tbc atsitikimus, kur figūruoja vienokio ar kitokio pobūdžio trauma, kyla klausimas, kuriuo būdu galėjo išsivystyti tbc po buvusios traumos ir kuriuo būdu trauma neigiamai veikė organizmą. Čia galėjo būti keletas galimumų:

1. Traumota kūno dalis netenka tam tikros dalies atsparumo ir tuo būdu susidaro locus minoris resistentiae. Todėl pagal W i t z e l'io teoriją, kad ir nuo mažų traumų esą gau-

*) 1942. IV. 10 d. demonstruota V. D. Un-to klinikų gydytojų susirinkime.

nami atitinkamo laipsnio gretimų audinių sutrikimai, del to sumažėjąs vietinis audinių atsparumas — resistencija ir susidaro locus majoris predispositionis, į kurią daug greičiau ir lengviau susitelkia kraujyje plaukiojąs tbc bacilai, kurių, pasak Hübschmann'o, neretai kraujyje pasitaiką.

2. Visi ligoniai mūsų aprašytais atsitikimais tvirtina, kad buvę sveiki prieš traumą, bet nė vienas jų nei kliniškai nei rentgenologiškai nebuvo ištirti, todėl galima prileisti, kad jie galėjo turėti aktyvų tbc židinį traumos paliestoje kūno vietoje, kurioje po traumos pagal Kaufmann'ą galėjo įvykti pablogėjimas.

3. Trečias galimumas — kaule galėjo būti latentinis židinys, kurių rentgenologiškai paprastai nepavyksta nustatyti. Tik paskutiniu atsitikimu po peršovimo tuojau buvo padaryta rentgenograma, bet jokio židinio nebuvo konstatuota, o praėjus 8 mėn. (žiūr. rentgenogramą), rastas tbc židinys.

4. Dar yra vienas galimumas — inokuliacinė tbc, nes traumos metu infekcija galėjo patekti, ypač paskutiniu atsitikimu, kur infekcija galėjo būti įnešta peršovimo metu, arba žaizdą betvarstant namie nesterilia medžiaga.

Reziumuojant tenka pasakyti:

1) Kad per 1½ metų mūsų klinikoje iš 46 ligonių, gulėjusių del chirurginės tuberkuliozės, tik septyniais atsitikimais trauma galėjo turėti reikšmės tbc išsivystyti, kas sudaro tik apie 15%.

2) Kiekvienu atveju, kur anamnezėje figūruoja vienokio ar kitokio pobūdžio trauma, labai svarbu smulkiai ligonis apklausti del įvykusios traumos ir apklausimo duomenys užfiksuoti ligos istorijoje.

3) Renkant anamnezę svarbu išsiaiškinti, kada galėjo įvykti trauma, kurio pobūdžio, kada po traumos pradėjo reikštis susirgimas, ar būta sveiko anksčiau, nes veikiant socialiniam draudimui daugelis subjektų materialiniais sumetimais stengiasi savo invalidiškumą susieti su kuria nors tariama trauma.

4) Trauma turi būti įrodyta.

5) Trauma turi būti pakankamai stipri.

6) Svarbu yra nustatyti laiko tarpas tarp traumos ir ligos pasireiškimo: minimalus — 1 mėnuo, maksimalus — 6 mėn.

7) Sergant chirurgine tuberkulioze, visuomet yra svarbu ištirti plaučiai.

8) Chirurginė tbc turi išsivystyti traumotoje vietoje.

9) Būtų idealas po kiekvienos didesnės traumos padaryti traumotos kūno srities rentgenologiškas tyrimas.

10) Trauma sumažina kūno atsparumą ir padidina palinkimą susirgti. Trauma aktyvų tbc židinį gali pabloginti, arba latentinį suaktyvinti. Traumos metu tbc bacilai gali inokuliuotis traumotoje vietoje.

Literatūra.

1. F. Haberland: „Münch. Med. Wchschr." 1938 m. 33 nr.
2. V. Kanauka: „Medicina" 1923 m. 9 nr.
3. Kenstavičius: Del kelio sąnario tuberkuliozės konservatiško ir operatiško gydymo. „Medicina" 1927 m. 8—12 nr.
4. Lexer: Algemeine Chirurgie.
5. Liniger: Handbuch der Unfallmedizin. 1925.
6. Georg Magnus: „Münch. Med. Wchschr." 1938 m. 44 nr.
7. A. Matulevičius ir V. Tercijonas: „Medicina" 1930 m. 10 nr.
8. H. Meyenburg: „Schweiz. Med. Wchschr." 1922 m. 45 nr.

9a. K. Pautienis: „Medicina" 1938.

9. P. Pitzen: „Münch. Med. Wchschr." 1936 m. 36 nr.
10. Zollinger: „Deutsch. Z. f. Chir." 1926 m. 199 nr.
11. Zollinger: „Schweiz. Med. Wchschr." 1922 m. 46 nr.
12. Zollinger: „Schweiz. Med. Wchschr." 1922 m. 47 nr.

Zusammenfassung.

Der Verfasser berichtet über 46 Fälle chirurgischer Tuberkulose, von denen 15% durch ein Trauma hervorgerufen sein konnten, sei es, dass das Trauma die Neigung zu tuberkulöser Erkrankung steigerte bezw. die Widerstandsfähigkeit verminderte, einen aktiven Herd verschlimmerte oder einen latenten aktivierte. Auch kann eine bestehende tuberkulöse Infektion sich durch das Trauma an die beschädigte Körperstelle verpflanzen. Als Beispiel erwähnt der Verfasser einen Fall, wo eine Schusswunde tuberkulös infiziert wurde, was entweder durch dass Geschoss selbst oder durch unsterilen Verband zu Hause geschehen sein konnte.

Gyd. P. Čibiras.

Konstitucijos reikšmė tuberkuliozės prognozei.

1941 m. Vokiečių Tuberkulioziniame Kongrese Baden-Badene Kurt Klare ir jo mokykla iškėlė naujas tuberkuliozininkų stebėjimo metodes, atkreipdami didžiausią dėmesį į ligonio konstituciją.

Žmogaus konstituciją sudaro jo paveldėtos morfologinės, fiziologinės (funkcinės) bei psichinės savybės, jo reagavimo būdas į įvairius aplinkinio pasaulio poveikius. Iš visų šitų konstitucinių savybių Klare svarbiausiu veiksniu laiko funkciją arba, kitaip tariant, individualią organizmo reakciją (individuelle Reizbeantwortung), nes ji esanti „žmogaus organizmo pažinimo raktas jo ligoje ir sveikatoje". Toji reakcija gali būti padidėjusi, vidutiniška arba normali ir sumažėjusi arba reakcijos stoka.

Konstitucinių savybių ir reakcijų tyrinėjimas privedė prie sąvokos „dirglioji konstitucija" (reizbare Konstitution). Minėtosios konstitucijos individai pasižymi dideliu pa-

linkimu į anginas, peršalimus, alerginius susirgimus, reumatą, migrenę, astmą ir kt. Pas juos randame daugiau ar mažiau limfinės-eksudatyvinės diatezės reiškinių, arba limfatizmą.

Kliniški tuberkuliozininkų, ypačiai vaikų, stebėjimai parodė, kad ligos prognozė yra juo geresnė, juo ligonis turi daugiau dirgliosios konstitucijos („R. K.“) reiškinių, ir atvirkščiai. Dabar jau oficialiai pripažinta ir pavyzdžiais įrodyta prognozinė konstitucijos reikšmė pas vaikus; o paskutiniu metu vis daugiau pateikiama ir iš suaugusiųjų tarpo pavyzdžių, kur konstitucija atrodo turinti lemiamos reikšmės ligos eigai. Tiesa, dar šitas klausimas yra stebėjimų stadijoje ir dar galutinai nėra susikristalizavęs, reikalingi dar platesnio masto darbai.

Ligonio konstitucijai atvaizduoti Kurt Klare vartoja vad. konstitucinę schemą (Konstitutionsschema), kurioje atžymimas iš tėvo ar motinos paveldėtas palinkimas (dispozicija) į džiovą, alerginės ligos, limfinių liaukų stovis, gleivinių ir odos savybės; plaukų, akių ir odos spalva, pigmentaciją. Paskutiniai rasiniai reiškiniai apskritai vadinami kompleksijomis. Schemos pabaigoje atžymimas dermografizmas.

Taigi, Klare's konstitucinė schema apima, viena, anamnezinius duomenis, o antra, konstitucinį stovį. Anamnezėje reikalinga kreipti dėmesys į konstitucinius palinkimus, į ligas ne tik paties pacijento, bet ir jo tėvų (Erbdisposition). Svarbu nustatyti, ar pacijento reagavimo būdas vyksta pagal tėvo ar motinos liniją.

Konstitucinį stovį aprašant svarbu pateikti rasinės komplekscijos (Komplexion), vad. akių, plaukų ir odos spalva — pigmentacija. Kasdieniniai stebėjimai rodo, kad „dirgliosios konstitucijos“ („R. K.“) žmonės apskritai yra šviesiosios spalvos. Todėl schemoje šviesioji spalva žymima kaip „palanki“ (suprask: atspari) ženklu ⊕, tamsioji gi spalva, kaip „nepalanki“ (neatspari) žymima ženklu (||||).

Klare's nuomone, iš visų rasinių savybių didžiausios reikšmės turi odos savybės. Čia turi būti atkreiptas dėmesys į odos pigmentaciją, spalvą, švelnumą, storumą. Šviesi, mažai pigmentuota, su rožiniu atspalviu, plona ir švelni oda, jautri saulės spinduliams, greitai įdeganti yra būdinga dirgliosios konstitucijos individam. Šalia to pas juos randama palinkimas į alergines ligas ir limfatizmo reiškinių. Konstitucinėje schemoje tokia oda žymima ženklu (⊕). Priešingai, tamsi, stora ir nejautri oda, kaip „nepalankus“ momentas, žymima ženklu (||||).

Apskritai imant, schema sudaroma taip, kad iš karto, dirstelėjus į ją, galima būtų susiorientuoti apie ligonio reagavimo būdą, pvz.: jei ligonis yra linkęs į kvėpuojamųjų takų katarus, kas yra būdinga limfinės-eksudatyvinės diatezės tipams, tai schemoje žymima ženklu ⊕; jei nėra palinkimo į minėtus su-

sirgimus, tai žymima ženklu (||||) ir tai rodo prognoziškai nepalankų konstitucinį momentą.

Konstitucinės schemos sudarymą pagal Klare ir jos prognozinę reikšmę geriausiai suprasime iš šių dviejų pavyzdžių:

I pavyzdys (iš „Deutsche Tuberkulose-Blatt" 1942 m. II sąs. Lang: Konstitutionsschule).

Ligonis E. W., 17 metų amž., gulėjęs sanatorijoje nuo 1940 m. XII. 2 d. iki 1941 m. VIII. 14 d.

Anamnezė Šeimoje tuberkuliozės ir medžiagų apykaitos ligų nebūta. Vaikystėje — padidėjęs odos ir gleivinių jautrumas. Sirgęs tymais, vėliau palinkimas į gerklės ligas ir anginas. Paskutiniais dvejais metais gausūs acne vulgaris išbėrimai. 1940 metais peršalęs, kosėjęs ir gausiai skrepliavęs, naktimis prakaitavęs.

Status praesens. Aukšto ūgio, asteniškas tipas. Kraujo nusėdimas pagal Westergreen'ą 28/60 mm. Skrepliuose Koch'o bacilų rasta.

Plaukai: šviesūs (blond), minkšti, ploni.

Akys: mėlynos, pastebimas exophthalmus.

Oda: šviesi, švelni, acne vulgaris.

Gerklė: užpakalinės sienos gleivinė paraudusi, granuoliuota; tonsilės žymiai padidėjusios, su didelėmis kriptomis

Kaklinės, pažandinės ir skydiškoji liaukos—padidėjusios.

Krūtinės ląstos rentgeno nuotraukoje: plaučių piešinys sustiprėjęs, gausūs smulkūs židiniai; hilus'ai padidėję su dideliais sukalkėjimais; dešiniųjų plaučių viduje — mažo obuolio didumo kaverna.

Širdis: tonai aiškūs, arrhythmia respiratoria.

Nervų sistema: padidėjęs bendrinis jautrumas, vazolabiliškumas; dermografizmas labai aiškus.

Konstitucinė schema atrodo šitaip: (žiūr. 904 p.):

Šitoje schemoje dideliais taškais (●) pabrėžti limfatizmo reiškiniai, kaip prognoziškai palankūs veiksniai. Čia turime ligonį, sergantį atvirąja plaučių tuberkulioze su eksudatyviniais židiniais ir kaverna.

Gydymas ir ligos eiga. Pritaikius konservatyvinį gydymą klimatu, vitaminais ir kalciu, po 10 savaičių ligonio savijauta žymiai pagerėjo, pasitaisė bendrinė išvaizda, priaugo svorio 5 kg, pranyko kosulys, skrepliavimas ir Koch'o bacilai skrepliuose. Tolimesnė rentgeno kontrolė ir kliniški stebėjimai parodė tuberkuliozės proceso stabilizavimąsi bei gijimą ir ligonio stiprėjimą bei darbingumo grįžimą.

Konstitucijos analizė rodo, kad kalbamas ligonis priklauso dirgliosios konstitucijos. Šitoji aplinkybė nulėmė tai, kad ligoniui, vietoje kolapsinės terapijos, sėkmingai buvo pritaikytos konservatyvinio gydymo priemonės.

Priešingą atvejį vaizduoja antrasis pavyzdys, kur ligonio konstitucijoje stinga tų „palankiųjų" dirgliosios konstitucijos veiksnių

II pavyzdys. (iš „Deutsche Tuberkulose-Blatt" 1942 m. VII sąs. L. Brunn: Konstitutionsschule).

Ligonis W. T., 9 metų amžiaus.

I-oji schema.

Pavardė: E. W. Data.....
Amžius: 17 metų.
Diagnozė: Plaučių tuberkuliozė su kaverna.

		Tėvas	Motina
Konstitucinė anamnezė	Tėvai { Dirglioji konstitucija („R. K.“) .	●	●
	Tbc dispozicija	●	●
	Amžius (pubertas)	▒	▒
	Bendrinis palinkimas į ligas (oda, gleivinės, liaukos; palinkimas į migrenę, astmą, reumatą, alerginius susirgimus, akmenliges).	●	
	Angina	●	
Konstitucinis stovis	Plaukai, Akys, Oda } kompleks.	● ● ●	
	Tonsilės	●	
	Pharynx	●	
	Liaukos	●	
	Vazolabiliškumas	●	
	Dermografizmas	●	

Anamnezė. Šeimoje jokių tuberkuliozės atsitikimų nebuvę; tėvai sveiki, neturį jokio palinkimo į kitas ligas. Pats ligonis nesirgęs jokiomis vaikų ligomis 1931 m. sirgęs kair. pėdos sąnario tuberkulioze, kuri po 1½ metų pagijusi. 1934 m. įtarimas del spondylitis tbc. 1937 m. konstatuotas spondylitis tuberculosa.

Status praesens. T°-ra subfebrili; Westergreen 52/88.

Kompleksija: plaukai tamsūs, akys bronzinės spalvos.

Dermografizmas neigiamas.

Limfliaukės: kirkšnių limf. liaukos žirnio didumo, kitos nepadidėjusios.

Viršutiniai kvėpuojamieji takai: gleivinės nesudirgintos, jokių katarinių reiškinių, gerklės gleivinė negranuliuota.

Plaučiai: kliniškai ir rentgenologiškai nepakitę.

Vazolabiliškumo ir padidėjusio nervų sistemos dirglumo reiškinių nerasta.

Stuburas rentgenogramoje: V-jo juosmens stuburo slankstelio visiškas sunaikinimas ir iš dalies sunaikintas I sakralinis.

Kair. pėda beveik visai nepakitusi, išskyrus mažą odos randą.

Konstitucinė schema atrodo šitaip:

II-oji schema.

Pavardė: W. T. Data.....

Amžius: 9 mt.

Diagnozė: Stuburo tuberkuliozė.

		Tėvas	Motina
Konstitucinė anamnezė	Tėvai: Dirglioji konstitucija („R. K.“)		
	Tėvai: Tbc dispozicija	●	●
	Amžius (pubertas)	●	
	Bendrinis palinkimas į ligas (oda, gleivinės, liaukos; palinkimas į migrenę, astmą, reumatą, alerginius susirgimus, akmenliges).		
	Angina		
Konstitucinis stovis	Plaukai, Akys, Oda — kompleks.		
	Tonsilės		
	Pharynx		
	Liaukos		
	Vazolabiliškumas ..... Dermografizmas		

Ligos eiga. Situo atsitikimu stuburo tuberkuliozė įsigavo greitai progresuojantį pobūdį. Netrukus atsirado abscessus frigidus ir susidarė gausios fistulės. T°-ra subfebrili, kūno svoris mažėja, bendrinis stovis blogėja. Išsivystė antrinė anemija su limfopenija. Nepaisant intensyvaus gydymo gipso lovoje, saulės spinduliais, vitaminais, kraujo transfuzijomis ir kitomis priemonėmis, ligonis mirė.

Atrodo, turėtų būti šituo atsitikimu gera prognozė, nes pėdos tuberkuliozė prieš 6 metus visiškai išgijo. Bet ligos eiga parodė visišką konstitucinio atsparumo stoką. Nepalanki prognozė galima išskaityti iš šito ligonio konstitucinės schemos, kurioje stinga limfatizmo arba dirgliosios konstitucijos veiksnių.

Trumpai tariant, dirglioji konstitucija, pasak K l a r e's, priklausanti nuo limfinės sistemos ir apskritai mezenchimos padidėjusio dirglumo.

Paskutiniu metu pradėta stebėti ir suaugusių tuberkuliozininkų konstitucijos reikšmė. W a l t e r, H o e f e r, sudarę konstitucinę schemą 2.754 tuberkuliozininkams, konstatavo, kad iš jų tik 6,2% turėjo dirgliosios konstitucijos reiškinių, o 83,5% neturėjo jokių dirgliosios konstitucijos reiškinių, kiti 10,3% įvairūs. Iš to galima padaryti išvada, kad džiova serga tie, kuriems stinga dirgliosios konstitucijos reiškinių, arba jų yra permaža.

Schemos įvedimas žymiai palengvina atlikti kliniškus stebėjimus ir padaryti atitinkamas išvadas.

Konstitucijos pažinimas norima panaudoti ir tuberkuliozės profilaktikai. Renkant pagelbinį personalą tuberkuliozininiams skyriams, reikią vengti kandidatų, turinčių paveldėtą dispoziciją į džiovą ir neturinčių ar permaža teturinčių „dirgliosios konstitucijos" („R. K.") momentų.

Literatūra.

„Deutsches Tuberkulose-Blatt". 1942 m.:

1. V. B r u n n: Konstitutionsschule. VII. sąs.
2. D e h o f f: Tuberkulose, Konstitution und Arbeitseinsatz. IV sąs.
3. K l a r e: Erläuterung zum Konstitutionsschema. I sąs.
4. K l a r e: Gedanken zur Früherfassung der Tuberkulose. VIII sąs.
5. K l a r e-K o e s t e r: Konstitutionsschule. 1940 m. Leipzig.
6. L a n g: Konstitutionsschule. II sąs.

Autoreferat.

Die deutschen Phtysiologen mit K u r t K l a r e an der Spitze haben in der letzten Zeit die Bedeutung der Konstitution für die Schwindsuchtprognose besonders betont.

Aus klinischen Beobachtungen der Schwindsuchtkranken geht hervor, dass Kranke, die Symptome der lymphatisch-exsudativen Diathese aufweisen, also zur reizbaren Konstitution gehören, widerstandsfähiger gegen Schwindsucht sind. Die Krankheitsprognose ist in diesem Falle besser als da wo keine reizbare Konstitution besteht. Eine wichtige Rolle spielen auch die Rassenkomplexien - Harr, Augen, Hautfarbe und andere Eigenschaften.

Zum Schluss werden zwei Beispiele zur Aufstellung eines Konstitutionsschemas nach Klare aus der Zeitschrift „Deutsches Tuberkulose-Blatt" 1942 angeführt.

Dr. J. Runkevičius,
Alytaus sanatorijos direktorius ir Tbc dispanserio vedėjas.

Tuberkuliozės profilaktikos klausimu.

Visuomet, kai tik žmonių ekonominės-socialinės gyvenimo sąlygos pablogėja ir tenka gyventi skurdžiai, vargingai, neprivalgius, tuojau tuberkuliozinių susirgimų ir mirimų skaičius padidėja. Karl F i c h e l nurodo, kad 1936 m. Jungtinėse Amerikos Valstybėse pirmą kartą tuberkuliozinių susirgimų ir mirimų skaičius padidėjo, kai prieš tai, pradedant nuo 1900 m., visą laiką mažėdavo. Autorius tai aiškina aštuonerius metus užtrukusio krizio padariniais, del kurio Amerikos žmonių ekonominės gyvenimo sąlygos pablogėjo, gyvenimo lygis nusmuko, atsirado nuo 7,8 iki 10,9 milijonų bedarbių, pragyvenimas pabrango. 1937 m., kai krizio banga antrą kartą buvo labiausiai pakilusi, pragyvenimas 24% buvo brangesnis, negu 1933 m., o dolerio vertė buvo sumažėjusi. Apie 25% šeimų tiek mažai uždirbdavo, jog jų maistas duodavo mažiau, kaip 2.200 kalorijų.

Tat pat parodė mums 1914—1918 m. karas. Šitam karui prasidėjus, tuojau buvo pastebėtas visose kariaujančiose valstybėse tuberkuliozinių susirgimų bei mirimų padaugėjimas. Jisai proporcingai buvo didesnis tose šalyse, kurios karo buvo daugiau paliestos, kurių didesnė žmonių dalis gyveno skurdžiai ir neprivalgiusi. Dabartinis vokiečių-rusų karas, be abejojimo, yra davęs Lietuvoje daug naujų tuberkuliozinių susirgimų ir mirimų. Todėl labai svarbu jau šiandien griebtis visų priemonių, kad tuberkuliozei plisti Lietuvoje kelias būtų užkirstas. Kol karas nėra baigęsis, kalbėti apie Lietuvos gyventojų ekonominių-socialinių gyvenimo sąlygų pagerinimą, maisto davinio padidinimą— netenka. Priešingai, galima laukti, kad mūsų ekonominės sąlygos dar labiau pablogės. Tuberkuliozės profilaktikai Lietuvoje lieka tiktai vienintelė priemonė tinkamai organizuoti visas tuberkuliozės profilaktikos ir gydymo įstaigas, planingai joms paskirstyti darbą, kad visi tuberkulioziniai susirgimai, kiek galima greičiau, būtų surasti ir jiems būtų pritaikytas atitinkamas gydymas. Pirmiausia kovojant su tuberkulioze reikėtų kreipti daugiau dėmesio į tub. dispanserių darbą — įvesti grupiniai rentgenoskopiški tyrimai. Reikalinga įvertinti kiekvieno Lietuvos dispanserio pajėgumas, ir, juo pasirėmus, nustatyti jam darbo planas ir grupiniam tyrimui kontingentai. Dispanseris turi būti daugiau profilaktikos, negu gydymo įstaiga. Į visų dispanserių kontingentus turėtų įeiti visi asmenys, kurie turėjo arba galėjo turėti kontaktą su tuberkulioziniais židiniais.

K a i s e r-P e t e r s o n sako, kad, darant masines rentgenoskopijas, iš 1.000 asmenų galima surasti 2—8 sergą aktyvine plaučių tuberkulioze, kurių 1—4 bus sergantieji atvirąja tu-

berkuliozės forma. Tiriant turėjusius kontaktą su atvirąja džiova, iš 1.000 visuomet surandama 100—150 sergančiųjų aktyvine plaučių tuberkulioze ir 25—75 atvirąja forma. Mūsų dispanserio duomenimis, iš 582 turėjusių kontaktą su tuberkulioze rasti 56 sergantieji atvirąja plaučių tuberkuliozės forma.

Kokios didelės reikšmės turi kontaktų tikrinimas, suminėsiu čia bent vieną iš daugelio mūsų dispanserio atsitikimų.

1942 m. gegužės mėn. 27 d. atvyko į mūsų dispanserį iš Merkinės valsč., Vilkiautinių km., 24 m. moteris sveikatos patikrinti. Skundai: prieš 4 mėn. pradėjusi kosėti, po truputį skrepliuoti, naktimis prakaituoti; labai nusilpusi. Vėliau išnykęs apetitas; atsiradę skausmai pečiuose ir krūtinėje, pradėjusi viduriuoti, atsiradęs varginąs kosulys. Ligonės ūgis 150 cm, svoris 37,1 kg, tvinksnis 120 per minutę, temperatūra 38^0,9. Ištyrus ji rasta serganti kazeo-kaverninės plaučių tuberkuliozės išsisėjimo faze III/III, KB+++, C. Paskirtas simptominis gydymas, izoliacija ir slaugymas namuose, be to, paraginta visa šeima atvykti į dispanserį sveikatos patikrinti.

1942 m. liepos mėn. 2 d., ištyrus šitos ligonės 2 brolius ir 1 seserį, rasta pas visus atviroji tuberkuliozės forma. Vienas jų 22 m. vyras sirgo fibro-kaverninės plaučių tuberkuliozės infiltracijos faze 0/II, KB+,A. Ligonis paguldytas į sanatoriją ir gydomas kairiųjų plaučių pneumothorax'u. Šiuo metu ligonis gydomas ambulatoriškai dispanseryje. Skrepliuose kartotinai tiriant Koch'o bacilų nerasta. Ligonis jaučiasi gerai. Jo sesuo, 16 m. moteris, sirgo fibro-kaverninės plaučių tuberkuliozės infiltracijos faze 0/II, KB+,A. Taippat tuojau pradėti gydyti kairieji plaučiai pneumothorax'u. Šiuo metu tęsia gydymą ambulatoriškai — atviroji plaučių forma yra perėjusi į uždarąją. Antras brolis sirgo fibro - židininės plaučių tuberkuliozės griuvimo faze II/II, KB+,A. Šitam del pleuros obliteracijos pritaikyti gydymas pneumothorax'u nepavyko. Paguldytas į sanatoriją konservatyviam gydymui.

1942 m. liepos mėn. 23 d. atvyko pasitikrinti į dispanserį šitos šeimos kaimynas, 18 m. ūkininko sūnus. Jis dažnai lankydavęsis ir draugaudavęs su sergančiais džiova kaimynais. Kadangi pradėjęs po truputį kosėti ir skrepliuoti, be to, išsigandęs, kai buvo surasta tuberkuliozė pas jo draugus, atvykęs sveikatos patikrinti. Ištyrus rastas sergąs lizdinės infiltratyvinės plaučių tuberkuliozės sutvirtėjimo ir griuvimo faze II/II, KB+,A. Ligonis paguldytas į sanatoriją ir gydomas abiejų plaučių pneumothorax'u. Šiuo metu jo sveikatos stovis yra pagerėjęs, atviroji tuberkuliozės forma yra perėjusi į uždarąją formą.

Tokių atsitikimų dispanserių praktikoje pasitaiko gana dažnai. Mūsų nuomone, reikėtų grupėmis tikrinti rentgenoskopiškai visi tų kaimų gyventojai, kurių tarpe surastas bent vienas atvirąja tuberkulioze sergąs ligonis, o turėjusieji artimesnį kontaktą sistemiškai tikrintini metais.

Nemažesnės reikšmės turi grupinis rentgenoskopinis tikrinimas tų mokyklų mokinių ir mokytojų, kurių tarpe rastas bent vienas iš mokinių ar mokytojų, sergąs atvirąja plaučių tuberkulioze. Mokyklose tuberkuliozės lizdų panaikinimas tuberkuliozės profilaktikoje turėtų būti pirmasis uždavinys, ypač dabar karo metu. Moksleiviai yra brendimo perijode; daugelis jų, ypač karo metu, gyvena gana blogomis sąlygomis, maistas nepakankamas, vitaminų stoka, perkrauti darbu. Mokyklinio amžiaus vaikų organizmo atsparumas ligoms, o ypač tuberkuliozei,

yra sumažėjęs. Yra atsitikimų, kad, atsiradus tuberkuliozės židiniui mokykloje, įvyksta tikra tuberkuliozinė tos mokyklos endemija. Vieną tokį atsitikimą čia suminėsiu.

1939 m. sausio mėn. 3 d. buvo paguldyta į Alytaus sanatoriją vienos gimnazijos 15 m. amžiaus mokinė. Ištyrus rasta fibro-kaverninės plaučių tuberkuliozės infiltracijos fazė 0/II, KB+,A. Išaiškinti, kur šita mokinė buvo užsikrėtusi, nepavyko. Ligonė ir jos tėvai tvirtino, kad šeimos ar artimųjų tarpe niekas tuberkulioze nebuvęs sirgęs. Prieš šitą susirgimą ligonė buvusi sveika, tik kelis kartus sirgusi gripu.

1940 m. gegužės mėn. 16 d. paguldytas į sanatoriją tos pačios gimnazijos antras mokinys. Ligonis 17 m. amžiaus vyrukas, sergąs infiltratyvinės plaučių tuberkuliozės griuvimo faze I/0, inf. KB+,A. Ligonis prieš metus sirgęs eksudatyviniu pleuritu, dar anksčiau — pneumonija ir angina. Šeimoje tuberkulioze niekas nesirgęs. Kadangi jau tos pačios gimnazijos vienas mokinys gydėsi sanatorijoje, sirgdamas atvirąja plaučių tuberkulioze, tai įtarta, kad ir šitas ligonis galįs būti užsikrėtęs nuo pirmojo savo draugo.

Tais pačiais metais lapkričio mėn. 23 d. atvyko į sanatoriją vienas, mokinių mėgiamiausias, tos pačios gimnazijos mokytojas, 47 m. vyras, 8 metus mokytojavęs toje pačioje gimnazijoje. Plaučių tuberkulioze susirgęs 1920 m. ir tada gydęsis sanatorijoje. 1926 m. gruodžio mėn. turėjęs nedidelį kraujaplūdį, kuriam praėjus, vėl dirbęs savo nuolatinį darbą. 1940 m. rugpjūčio mėn. 7 d. įvykęs gana didelis kraujaplūdis ir tris dienas turėjęs aukštą temperatūrą. Pagerėjęs vėl dirbo gimnazijoje, bet, kadangi visą laiką jautęs silpnumą, pradėjęs daugiau kosėti, skrepliuoti, nustojęs apie 2 kg svorio, todėl atvykęs į sanatoriją. Ištyrus rasta fibro-kaverninės plaučių tuberkuliozės griuvimo fazė II/II, KB+,B. Sanatorijoje pradėtas gydyti abiejų plaučių pneumothorax'u. 1941 m. kovo mėn. 28 d. ligonis paleistas iš sanatorijos ambulatoriškai gydytis. Skrepliuose kartotinai tiriant KB nerasta.

1941 m. paguldyta į sanatoriją dar keturi nauji tos pačios gimnazijos mokiniai: 1) pirmutinis paguldytas sausio mėn. 17 d. 19 m. vyrukas, sergąs tuberkuliozinių pleuritu; 2) kovo mėn. 2 d. paguldyta 15 m. mokinė, serganti infiltratyvinės plaučių tuberkuliozės griuvimo faze II/I,KB+,B; 3) po kelių dienų atvyko trečias mokinys, 22 m. vyrukas, sergąs fibro-kaverninės plaučių tuberkuliozės II/II,KB+,B, infiltracijos ir griuvimo faze; ligonis 1936 m. sirgęs pleuritu ir vieną mėnesį gulėjęs ligoninėje; 1939 m. gydęsis apie 4 mėn. del plaučių tuberkuliozės; 4) tais pačiais metais rugpjūčio mėn. 16 d. atvyko į sanatoriją ketvirtas tos pat gimnazijos mokinys, 18 m. vyrukas; ištyrus pas jį rasta infiltratyvinės plaučių tuberkuliozės griuvimo fazė II/I,KB+,A.

1942 m. paguldyti į Alytaus sanatoriją dar keturi nauji tos pačios gimnazijos mokiniai: 1) pirmas jų atvyko balandžio mėn. 2 d., 19 m. vyrukas, sirgdamas fibrozinės plaučių tuberkuliozės griuvimo faze 0/II,KB+,A; 2) antra 17 m. mokinė, serganti fibrozinės plaučių tuberkuliozės griuvimo faze II/II,KB+,A, paguldytas į sanatoriją gegužės mėn. 1 d.; 3) birželio mėn. 1 d. paguldytas į sanatoriją 19 m. mokinys, sergąs tuberkuliozinių pleuritu; 4) ketvirtas mokinys paguldytas į sanatoriją birželio mėn. 15 d., 18 m. vyrukas, sergąs infiltratyvinės plaučių tuberkuliozės sutvirtėjimo faze II/II,KB+,A.

Tuo būdu nuo 1939 m. sausio mėn. 3 d. iki 1942 m. birželio mėn. 15 d. iš šitos gimnazijos buvo paguldyta sanatorijoje 10 mokinių, kurių 8 sirgo atvirąja plaučių tuberkulioze. Kiek mums pavyko išaiškinti, pirmutinis šitoje gimnazijoje tuberkuliozės šaltinis buvo atvirąja tuberkulioze sergąs mokytojas, kuris, sirgdamas be pertraukos ir nesigydydamas 8 metus, dirbo toje pačioje gimnazijoje.

Tokias mokyklas, kuriose surasti tuberkuliozės židiniai, reiktų sekti daugelį metų, tiriant kasmet bent po vieną kartą rentgenoskopiškai visus mokytojus ir mokinius.

Toliau į grupinius tyrimų dispanserio kontingentus turėtų būti priskirti: visi asmenys, dažnai sergantieji gripu, sergantieji ūminiu, užsitęsusiu, recidyvuojančiu, arba chroniškų bronchitu, plaučių emphysema, bronchine astma, pneumonijoze, diabetu. Persirgusieji serozinį pleuritą reikėtų sekti metais. Reikalinga tikrinti turintieji neaiškios kilmės subfebrinę temperatūrą, sergantieji ekstrapulmonine tuberkulioze, sumenkėjusieji, kurie dažnai prakaituoja ir turi kitus neaiškios kilmės intoksikacijos reiškinius.

Mūsų dispanseryje tokį kontingentą grupiniams tyrimams sudarė patys ligoniai. Jie tiesiog užplūdo mūsų dispanserį, kai prasidėjo žmonių vežimas iš Lietuvos į Vokietiją darbams, verbavimas į Reicho darbo tarnybą ir į pagelbinę kariuomenės transporto tarnybą. Nuo 1942 m. balandžio mėn. iki lapkričio mėn. patikrinau dispanseryje 1641 tokių asmenų ir radau 106 iš jų sergančius atvirąja plaučių tuberkulioze (žiūr. 1-ąją lent.).

1-oji lentelė.

Alytaus Tbc. dispanseryje atsilankiusių nuo 1942. IV. 11 d. iki XII. 11 d. tuberkuliozinių susirgimų duomenų statistika.

(Iš viso per kalbamą laikotarpį buvo 2.271 atsilankymas)

Kiek atsilankė gydytojų siųstų?	Iš jų serga atvirąja pl. tbc. KB+	Kiek pačių atėjo?	Iš jų serga atvirąja pl. tbc. KB+	Kiek iš atsilankiusių turėjo kontaktą?	Iš jų serga atvirąja pl. tbc. KB+	Kiek iš atsilankiusių neturėjo kontakto?	Iš jų serga atvirąja pl. džiova KB+
630	73	1641	106	532	56	1689	109

Be to, turėtų būti tikrinami dispanseriuose visi vidaus ligų stacionariniai ligoniai, sergantieji neaiškiomis vidaus ligomis, neaiškūs chirurgiški ligoniai, ypač sergą proktitais, ir ligoniai prieš chirurgines intervencijas. Turėtų būti tikrinami visi, sergą chroniškais otitais, fliktenomis, erythema nodosum. Tokių ligonių įvairūs gydytojai nuo 1942 m. balandžio mėn. 11 d. iki gruodžio mėn. 11 d. buvo atsiuntę patikrinti į mūsų dispanserį 630. Iš jų radome 73 sergančius atvirąja plaučių tuberkulioze (žiūr. 2-ąją lent.).

Iki šiol mūsų dispanserio kontingentą daugiausia sudarė asmenys iki 41 metų amžiaus (žiūr. 2-ąją lent.), maždaug vienodas skaičius vyrų ir moterų. Kaip matyti iš 2-osios lente-

2-oji lentelė.

Alytaus Tbc dispanseryje atsilankiusių nuo 1942. IV. 11 d. iki XI. 11 d. laikotarpyje suaugusių asmenų statistikos duomenys.

Lytis — Amžius	Ištirtų skaičius	Iš jų sergančių ar persirg. pl. tbc.	%	Iš jų serga atvirąja pl. tbc. KB+	%	Sergančių uždarąja pl. tbc. KB+	%	Pirminio komplekso likučiai	%
Vyrai iki 21 m. amž.	183	45	24,6	8	4,4	18	9,8	19	10,4
„ „ 31 „ „	196	105	53,6	27	13,8	22	11,2	11	5,6
„ „ 41 „ „	194	43	22,2	13	6,7	19	9,8	11	5,7
„ daugiau kaip 41	177	46	26	17	9,6	21	11,9	8	4,5
Iš viso:	750	239	31,9	65	8,7	80	10,7	49	6,5
Moterys iki 21 m. amž.	182	44	24,2	12	6,6	17	9,3	15	8,2
„ „ 31 „ „	231	53	23	20	8,7	17	7,3	16	6,9
„ „ 41 „ „	245	40	16,3	12	4,9	16	6,5	12	4,9
daugiau kaip 41 „	202	46	22,8	14	6,9	22	10,9	10	4,9
Iš viso:	860	183	21,3	58	6,7	72	8,4	53	6,2
Iš viso vyrų ir moterų:	1610	422	26,2	123	7,6	152	9,4	102	6,3

lės, atvirąja džiova sergančiųjų daugiausia buvo surasta: vyrų 21—31 m. amžiaus ir moterų iki 21 m. amžiaus. Apskritai, iš visų suaugusiųjų rasta 26,2% sergančiųjų atvirąja plaučių džiova — vyrų 31,9%, moterų 21,3% (žiūr. 2-ąją lent.).

Vaikų nuo 1942 m. balandžio mėn. 11 d. iki lapkričio mėn. 11 d. nuo 4 iki 14 m. amžiaus buvo patikrinta 582. Du iš jų rasti sergą atvirąja ir 51 — uždarąja plaučių tuberkulioze (žiūr. 3-iąją lent.). Iš viso sergančiųjų arba persirgusiųjų plaučių tuberkuliozę rasta 196, būtent, 33,7%. Jie visi palikti nuolatinei dispanserio kontrolei.

3-ioji lentelė.

Alytaus Tbc. dispanseryje atsilankiusių nuo 1942. IV. 11 d. iki XI. 11 d. laikotarpyje vaikų statistikos duomenys.

Lytis — amžius	Ištirtų skaičius	Iš jų sergančių ar persirgusių tbc.	%	Sergančių atvirąja pl. tbc. KB+	%	Sergančių uždarąja tbc. KB+	%	Pirminiai komplekso likučiai	%	Tbc. gl. bronchial.	%
Berniukų iki 14 m. amž.	267	120	44,9	1	0,4	19	7,1	8	3	92	34,4
Mergaičių iki 14 m. amž.	315	76	24,1	1	0,3	32	10,1	7	2,2	36	11,4
Iš viso b-kų ir m-čių:	582	196	33,7	2	0,3	51	8,8	15	2,6	128	22

Kaip matyti iš mūsų dispanserio veiklos, ypatingų aplinkybių sudaryti grupinio tyrimo kontingentai turėtų pasilikti visų tub. dispanserių profilaktiško veikimo pagrindu.

Jeigu visiems Lietuvos tub. dispanseriams būtų nustatyti pagal mūsų čia teikiamą pasiūlymą grupiniam tikrinimui kontingentai, tai, atrodo, nevisi dispanseriai galėtų sąžiningai atlikti šitą darbą. Pavyzdžiui, Alytaus dispanseris aptarnauja Alytaus ir Lazdijų apskritis su dviem apskričių miestais ir daugeliu mažų miestelių. Dispanseryje dirba tik vienas antraeiles pareigas einąs gydytojas (gaunąs 37 RM algos!). Be to, dispanseris neturi savo atskirų būstinių ir rentgeno aparato. Jis naudojasi sanatorijos būstinėmis ir rentgeno kabinetu tik tomis valandomis, kada jis sanatorijai nereikalingas, todėl didesnio masto tyrimai sunkiai įmanomi. Tačiau, nepaisant viso to, dispanseriai turėtų stengtis kiek galima daugiau apimti visus tuos gyventojų sluogsnius, kur iš anksto galima numatyti, kad tarp jų gali būti sergančiųjų tuberkulioze.

Kai dispanseriai perkrauti darbu, negalima sutikti, kad būtų tikslus Vyr. Sveikatos Valdybos tbc. skyriaus viršininko š. m. gegužės mėn. 30 d. raštas 11843 nr., kuris šitaip skamba: „Prašau ligi šių metų rugsėjo mėn. 1 d. patikrinti fabrikų ir įmonių darbininkų ir tarnautojų sveikatą tbc. atžvilgiu. Taip pat būtų gera patikrinti vaikų darželių, mokytojų, personalo ir darželių vaikų sveikatą tbc atžvilgiu." Mes visiškai sutinkame, kad visiems tikrai būtų įdomu, ar yra tuberkulioze sergančiųjų dviejų apskričių tarnautojų, įmonių ir fabrikų darbininkų tarpe; bet tuberkuliozės profilaktikos atžvilgiu reikėtų visos tos įmonės ir įstaigos palikti tolimesniam laikui, jeigu šiandien nepajėgiama patikrinti visų tų kontingentų, kurie turėjo artimesnį ar tolimesnį kontaktą su atvirąja tuberkulioze. Tokios pačios vertės turėtų tikrinimas iš eilės tiek miestų, tiek ir kaimų visų gyventojų, bet šiuo metu galvoti apie tokį darbą netikslu ir turbūt negreit bus galima tai mūsų sąlygomis įgyvendinti. Mes visiškai sutinkame, kad būtų labai gera patikrinti vaikų darželių personalo ir pačių vaikų sveikata tbc atžvilgiu; bet ir šitas darbas turėtų būti dirbamas antra eile, kai dar liks laiko, patikrinus mūsų numatytus dispanseriams ligonių kontingentus.

Kad tokių grupių, kaip kad Tbc. skyriaus viršininko buvo įsakyta, tikrinimas tuberkuliozės profilaktikai maža ką duoda ir yra nesėkmingas, priminsiu čia tikrinimo mūsų dispanseryje padarinius. Gavę šitą įsakymą, kreipėmės raštu į Alytaus ir Lazdijų apskričių viršininkus, prašydami atsiųsti į dispanserį sveikatos tikrinti reikalaujamų įstaigų ir įmonių tarnautojus. Į mūsų kreipimąsi atsiliepė tik Lazdijų apskrities pramonės skyrius, atsiųsdamas 21 tarnautoją. Ištyrę juos, nė vieno ser-

gančio tuberkulioze neradome. Daugiau tuo būdu nebuvo atsiųsta.

Kadangi praktikoje grynai intraaperceptinių tuberkuliozės formų pasitaiko labai retai, todėl jieškoti tuberkuliozinių susirgimų ten, kur nėra jiems jokio įtarimo, yra tik bereikalingas darbo jėgų ir laiko gaišinimas tiek gydytojams, tiek ir tiriamiesiems asmenims.

Visa trumpai suglaudus galima pasakyti:

1. Tuberkuliozės profilaktikos tikslu dispanseriai turėtų grupėmis tikrinti visus asmenis, turėjusius artimesnį ar tolimesnį kontaktą su atvirąja tuberkulioze sergančiaisiais.

2. Alytaus dispanserio duomenimis, iš 582, turėjusių kontaktą su atvirąja tuberkulioze, rasti 56 asmenys, sergą atvirąja plaučių tuberkuliozės forma.

3. Reikėtų grupėmis tikrinti, darant rentgenoskopijas, visus asmenis, besiskundžiančius įvairiais negalavimais ir chroniškais susirgimais.

4. Mūsų dispanserio duomenimis, patikrinus 1641 tokį asmenį, rasta 106 sergantieji atvirąja tuberkulioze.

5. Reikėtų, kad visi gydytojai siųstų į dispanserį rentgenoskopiškai ištirti visus asmenis, sergančius vidaus ligomis, chirurgiškomis ligomis, ausų, nosies, gerklės ligomis ir kitokiais neaiškios kilmės susirgimais arba neaiškiais intoksikacijos reiškiniais.

6. Tokių ligonių, gydytojų atsiųstų, patikrinus 630, rasta 73 sergą atvirąja tuberkulioze.

7. Vyr. Sveikatos Valdybos Tuberkuliozės skyrius turėtų numatyti kiekvienam dispanseriui atskirai, atsižvelgiant į jo pajėgumą, grupiniam tikrinimui kontingentus ir įpareigoti dispanserius šitą darbą atlikti.

8. Į grupinių tikrinimo kontingentus turėtų įeiti: a) pirmiausia visi asmenys, turėję kontaktą su atvirąja tuberkulioze, b) mokyklos, įstaigos ar įmonės, kuriose surasta bent vienas asmuo, sergąs atvirąja tuberkulioze, ir c) visi sergantieji chroniškomis ligomis ar neaiškios kilmės susirgimais, kurių tarpe galima laukti tuberkuliozinių susirgimų.

9. Įpareigoti dispanserius tikrinti visus asmenis, kurie turėjo kontaktą su atvirąja tuberkulioze, ne rečiau kaip vieną kartą per metus, o vaikus — ne rečiau kaip po du kartu per metus, tai atliekant per daugelį metų.

10. Vyr. Sveikatos Valdyba turėtų pasirūpinti išleisti įsakymą, kad visi asmenys, pakviesti į tbc. dispanserį sveikatos patikrinti, turėtų būtinai skirtu laiku atvykti.

Tuberkuliozės plitimas, dažnumas ir mirtingumas nuo jos.

Tuberkuliozės istorinė apžvalga.

1810 m. Bayle pirmasis aprašė ypatingus gumburėlius (tartum soros*) grūdelius), kartais randamus plaučiuose. Jis tuos gumburėlius iš lotyniško pavadino tuberkulais, o patį susirgimą — tuberkulioze. Nuo to laiko tuberkuliozės vardas ir užsiliko.

Laënnec atkreipė dėmesį į ypatingą degeneratyvią medžiagą, kurią Virchow pavadino „varškine“ (lotyn. caseosa). Laënnec pastebėjo ne vien tuberkuliozinius, bet ir kitus procesus, einančius greta su varškine degeneracija ir sutinkamus įvairiuose susirgimuose. Virchow'o darbai taippat parodė, kad patologo-anatominiai procesai, panašūs į tuberkuliozės varškinę degeneraciją, randami ir kituose netuberkuliozinės kilmės susirgimuose, pvz., vėžio navikuose. Virchow griežtai atskyrė tuberkuliozę nuo navikų ir kitokių uždegiminių procesų, susijusių su varškine degeneracija, pripažindamas tuberkulioziniam procesui būdingiausią anatominį požymį: tuberkulą, susidedantį iš limfoidinių narvelių. Tuberkulais vadinami pilkšvi, soros (smulkios kanapės) grūdelio didumo, mazgeliai. Tuo laiku prasideda išsamūs to tuberkulo tyrinėjimai.

1865 m. Villemin įrodė, kad tuberkuliozė galima sukelti sveikiems gyvuliams, įskiepijus nedidelius kiekius tuberkuliozės varškinės medžiagos; vadinasi, jisai pirmutinis eksperimentais patvirtino seną hipotezę, kad tuberkuliozė yra užkrečiama liga.

Koch'o bacilo morfologija ir jo savybės.

Tuberkuliozė — užkrečiama liga. Jos sukėlėją surado R. Koch'as 1882 m. ar net 1881 m.

Koch'as bandymais nustatė, kad jo surastas bacilas tikrai yra tuberkuliozės sukėlėjas, ką neužilgo pripažino ir visi autoritetai.

Tuberkuliozės bacilas — tai plonytė, tiesi arba dažniausiai truputį sulinkusi, apskritais galais, maždaug ¼—½ eritrocito ilgio, lazdelytė. Šitie bacilai dauginasi ir auga žmonių arba gyvulių organizme. Jie yra labai atsparūs išoriniams veiksniams ir gali daugintis už organizmo ribų, bet tiktai laboratorijose; ore, vandenyje jie nesiveisia ir patys nepasijudina. Džio-

*) Lot. milium — soros grūdas, iš to miliarinės tuberkuliozės (soradžiovės) pavadinimas.

vininkų išdžiūvę skrepliai net kelioms savaitėms praėjus galima panaudoti skiepijimams, nes tbk bacilai pasilieka gyvi; drėgmėje jie dar ilgiau gyvena. Koch'o bacilai yra labai atsparūs ir cheminiams reagentams. Pasak Bacmeister'io, šitas bacilas pakeliąs gana žemą temperatūrą; +80° temperatūroje jis žūstąs. Sausoje sklaidytinėje dienos šviesoje Koch'o bacilas išgyvenąs 15—20 dienų; tamsumoje jis pasiliekąs dar virulentiškas nuo 40 iki 60 dienų; taippat kapų žemėje. Bacilas nepakeliąs tiesioginių saulės spindulių, nuo kurių jis greitai, per keletą valandų, žūstąs.

Tbk bacilai randami ypač džiovininkų skrepliuose ir sergančiuose įvairiuose kūno organuose, k. a.: skrofuliozinėse limfliaukėse, kaulų fungoziniuose pakitimuose, lupus'o naikinamoje odoje ir kt. Žmogaus tipo tbk bacilai randami gyvulių (beždžionių, triušių, jūros kiaulyčių) savarankiškuose arba dirbtiniuose susirgimuose. Pagaliau žmogui pavojingi tbk bacilai randami raguočių tuberkuliozinėse procesuose, bet raguočių tipo tbk bacilai atskiriami nuo žmoginių tbk bacilų.

Eksperimentai su gyvuliukais.

Žmogaus skreplių, kuriuose yra Koch'o bacilų, įskiepijus jūros kiaulytei, gaunama štai kas: regioninės limfliaukės paburksta; maždaug po 30 d. paburksta blužnis; dar maždaug po 40 d. atsiranda kepenų tuberkuliozė; po 7—8 savaičių suliesėjusios užkrėstos jūros kiaulytės dvesia. Gyvuliukai, įgavę tbk bacilais infekuotos, dulkėmis paverstos sausos medžiagos, po 3 sav. gauna plaučiuose tuberkulų. Gyvuliukai, maitinami gausiai tbk bacilais užkrėsta medžiaga, suserga tuberkulioze. Pasak Flügge's, jūros kiaulytei užkrėsti reikia duoti iš karto apie 400 mil. tbk bacilų. Bandymai rodo, kad tuberkuliozė iš pradžių yra vietinis procesas, kuris vėliau gali išplisti ir kituose organuose ir net po visą organizmą.

Tbk bacilai nuo sergančio džiova žmogaus perduodami daugiausia su skrepliais, o nuo raguočių tą ligą žmogus gauna su karvės pienu. Bet ir vienu ir antru atvejais esama ir kitokių užsikrėtimo būdų, nors jie praktiškai nėra tokie svarbūs, nes daug rečiau pasitaiko.

Bacillus tuberculosus — typus humanus ir typus bovinus.

Typus humanus (žmoginis tbk bacilas). Šitos rūšies bacilais žmogus užsikrečia dažniausiai aerogeniniu keliu pro kvėpuojamuosius takus iš oro. Žmogui kvėpuojant, kartu su oru patenka ir tbk bacilų į smulkiausius bronchus bei plaučių alveoles. Dažniausias užsikrėtimo šaltinis — tai ligoniai, sergą atvirąja, baciline plaučių džiova. Chroniškas plaučių tuberku-

liozės procesas, vykstąs plaučių viršūnėse, esti daugiausia sukeliamas tbk bacilo typus humanus. Infekcija persiduoda nuo žmogaus žmogui dažnių dažniausiai skrepliais.

Typus bovinus (gyvulių tbk bacilas). Šitais bacilais dažniausiai užsikrečia vaikai su karvės pienu pro viršinamuosius organus ir pro viršutinius kvėpuojamuosius ir ryjamuosius takus. Iš pradžių procesas lokalizuojasi kaklo ir galvos limfliaukėse ir žarnų regioninėse limfliaukėse, iš kur limfiniais takais tbk bacilai gali pereiti į plaučius. Beicke's lavonų skrodimo darbai parodė, kad typus bovinus jauname vaikų amžiuje sutinkamas 10%, o kitų autorių nurodymais — dar dažniau. Kaikurie tyrinėtojai teigia, kad tbk bacillus typus bovini dažnai esąs priežastim ne plaučių tuberkuliozės, bet liaukų, kaulų ir sąnarių džiovos.

Užsikrėtimo takai.

Plaučių džiova užsikrečiama pro kvėpuojamuosius takus, kai kvėpuojant su oru tbk bacilai esti įtraukiami į bronchus ir į plaučių alveoles (aerogeninis kelias) arba, kai iš esančio organizme tbk židinio tbk bacilai limfiniais takais, pvz., iš limfliaukių, esti nunešami su limfa į kitus organus (hematogeninis kelias). Džiova dažnai užsikrečiama: džiovininkui kalbant, spjaudant, ypatingai kosint, kai iš ligonio burnos išsiveržia į orą smulkūs seilių arba skreplių lašeliai, kur yra tbk bacilų, kurie ir įtraukiami į sveiką priešais esantį organizmą; tai vadinamos lašinės infekcijos kelias. Taippat dažnai žmonės užsikrečia tbk bacilais įalsuodami iš oro dulkių su tbk bacilais.

Cornet įrodė, kad džiovininko priskrepliuotame kambaryje oro dulkėmis galima esą užsikrėsti džiova („dulkių" teorija). Tačiau, antra vertus, Flügge tvirtina, kad su dulkėmis užsikrėsti tuberkulioze esąs ne toks lengvas dalykas. Iš žmonių susitelkimo salių, fabrikų, tramvajų ir kt. panašių vietų surinktose dulkėse tbk bacilų Flügge rasdavęs tik išimtiniais atsitikimais. Todėl Flügge didesnės reikšmės pripažįsta kitam užsikrėtimo būdui, būtent, iš kosinčio džiovininko burnos su skreplių ar seilių smulkiais išsiveržiančiais į orą lašeliais. Kaikurie autoriai (Armand-Delille) mano, kad tbk bacilai oro dulkėse esą taip saulės spindulių apsilpninti, jog labiau tinka imuniškumui, o ne tbk ligai sukelti. Bet yra nemaža ir dulkinės infekcijos svarbumo šalininkų. Užsikrėtimą oro dulkėmis tartum patvirtina faktas, kad tuberkuliozė dažniausiai lokalizuojasi kvėpuojamuose organuose (gerklose, plaučiuose).

Tuberkulioze užsikrečiama ir pro viršinamuosius takus, Koch'o bacilus prarijus, bet tai atsitinka tur būt gana retai.

Žmonių tbk bacilai sukelia raguočiams tik vietinius procesus ir yra jiems ne labai baisūs. Raguočių tbk bacilai taippat nėra tokie pikti žmonėms, kaip kad typus humanus, bet vis delto negalima neigti to, kad vaikų žarnų bei pilvaplėvių tuberkuliozės atsitikimais tie bacilai yra pavojingi. Tuo būdu negalima sakyti, kad vaikai su karvės pienu negali užsikrėsti džiova. Dauguma atsitikimų vaikų tbk prasideda ne žarnose, bet plaučiuose. Be to, kaikuriais atsitikimais pilvo tuštimo organų pirminė tuberkuliozė sukeliama taippat ne su tbk bacilais užkrėstais maisto produktais, bet iš oro patekusia infekcija. Tiktai čia skirtumas yra tas, kad tbk bacilai patenka iš oro ne į kvėpuojamuosius organus, bet susilaiko tonsilėse, iš kurių su seilėmis ar maisto produktais jie praryjami.

Atskirais atsitikimais džiova užsikrečiama pro smulkius odos (panosies, nosies, vokų, ausų, pirštų) įplyšimus, sutrūkimus, įbrėžimus. Tuo būdu susidaro arba vietinė odos tuberkuliozė (lupus) arba tbk bacilai limfiniais takais su limfa nunešami į artimiausias limfliaukes (kaklines, sprandines, pažastines liaukas), iš ko pasirodo limfliaukių džiova (scrophulosis). Iš limfliaukių tbk bacilai gali įsiskverbti į kraują ir kraujagyslėmis patekti į kitus įvairius organus. Kartais infekcija pirminėje užsikrėtimo vietoje nesusilaiko, bet apsistoja artimose limfliaukėse (plaučiuose, žarnose). Antra vertus, pirminis tuberkuliozinis židinys plaučiuose ar žarnose gali užgyti, o tuo pačiu laiku regioninėse limfliaukėse pradėti plėstis tuberkuliozinis procesas. Tuo būdu pasirodo pirminė bronchų ir mezenterinių liaukų tuberkuliozė, kuri bus išėjusi iš tuberkuliozinio pleurito, peritonito. Vaikų plaučiuose rentgenologiškai arba anatomiškai tiriant esti stebimas vienas surandėjęs varškiškai degeneruotas židinys, kaipo pirminis plaučių kompleksas.

Tuberkulioze suserga ir urogenitaliniai organai. Tuo būdu dažnai sutinkama inkstų, ureterių, sėklinių pūslikių, pautelių, priepaučių, dėčių, gimdos ir šlapimpūslės tuberkuliozė. Šitais atsitikimais infekcija persiduoda hematogeniniu keliu, o patenka į organizmą kuriuo nors kitu keliu.

Tuberkulioze gali susirgti įvairūs organai, k. a.: plaučiai (ūminė kazeozinė pneumonija, chroniškoji kazeozinė pneumonija, diseminuotoji plaučių tuberkuliozės forma, plaučių infiltracinė tuberkuliozė, kazeoziškai kaverninė formos); gerklos (tbc. laryngis); periferinės ir giliosios limfliaukės (scrophulosis); pilvo tuštimo organai (žarnos mezenterinės liaukos, peritoneum); inkstai, kepenys, blužnis; kaulai bei sąnariai (osteomyelitis, spondylitis); smegenų apvalkalai (meningitis tbc), oda (odos tuberkulidai, erythema nodosum, scrophuloderma, lichen scrophulosum, lupus); gleivinės (fliktenos), ir, pagaliau

pasidaryti bendrinė viso organizmo generalizuota — miliarinė tuberkuliozė.

Suaugusiųjų tuberkuliozė — tai dažnai esti naujas senojo infekcinio proceso pašokimas, paūmėjimas, vadinama reinfekcija. Vieni autoriai nurodo, kad tokios reinfekcijos priežastis esąs endogeninis organizmo užsikrėtimas iš esančių jau organizme senų tuberkuliozinių židinių; kiti gi mano, kad tai esąs naujas papildomasis užsikrėtimas iš aplinkumos.

Vaikai tuberkulioze lengvai užsikrečia nuo tėvų arba nuo kitų artimųjų asmenų, sergančių džiova, ypatingai atviraja jos forma, jei jie yra kontakte su vaikais, k. a., turėdami bendrinę lovą su pataline, bučiuodami vaikus, valgydami iš vieno indo, neatsargus kosėjimas, skreplių mėtymas kur pakliuvo ir kt. — vis tai padeda užsikrėsti.

Paveldėjimo ir konstitucijos reikšmė.

Ar kūdikis gali užsikrėsti džiova motinos ysčiuje? Kaikurie autoriai atvirai to neneigia. Daugelis mano, kad kūdikiai ysčiuje džiova užsikrečia tik atsitiktinai ir labai, labai retai. Jei visai mažyčių kūdikių lavonuose ir randama kartais tuberkuliozės bacilų, tai, geriau panagrinėjus anamnezę, dažnai pavyksta išaiškinti iš šalies užsikrėtimo laikas ir šaltinis. Nekartą paaiškėja, kad infekcijos versmė esanti ne kita, kaip kad džiova sergą arba sirgę kūdikio tėvai, broliai, seserys ar artimieji. Kūdikių užsikrėtimas tuberkulioze motinos ysčiuje šiais laikais vis delto yra laikomas galimu.

Pirminė tuberkuliozė, ypač plaučių vadinamasis pirminis tuberkuliozinis židinys (Primaraffect), dažniausiai stebimas jauname, ypatingai žinduolių, amžiuje. Toksai susirgimas dažniausiai užgyja. Skrodžiant suaugusiųjų lavonus 90% jų randama būdingų pirminių tuberkuliozinių židinių arba jų pėdsakų. Tačiau kaikuriais atsitikimais šitie židiniai neužgyja ir iš jų net įvyksta džiovos generalizacijos procesas visuose organuose. Toks įvykis vadinamas metastazinės tuberkuliozės stadija. Jei infekcija limftakiais arba kraujatakiais išnešiojama visame organizme, tai vaikas suserga bendrine arba miliarine tuberkulioze. Pagaliau, infekcija kartais apsiriboja tik atskiruose vidiniuose organuose (plaučiuose, kauluose ir kt.) arba odoje. Tokia maždaug yra vaikų pirminės tuberkuliozės eiga. Suaugusiems būna antrinė infekcija (reinfekcija), kurios dėka plaučiuose, ypatingai jų viršūnėse, įvyksta chroniškas tuberkuliozinis procesas (plaučių džiova), kuris pas vaikus jei ir atsitinka, tai tik vyresnio amžiaus.

Paveldėjimo arba šeiminio palinkimo į tuberkuliozę klausimas turi didelės reikšmės ligai susekti. Daugumai džiovinin-

kų, surinkus išsamią anamnezę, galima nustatyti, kad jų šeimose (tėvai, broliai, seserys ir kt.) jau būta vieno arba kelių tuberkuliozės susirgimų. Juo išsamesnė anamnezė ir juo akyliau atkreipiama dėmesio į įvairias šeimos susirgimo formas, kuriomis galėjo pasireikšti tuberkuliozė (pleuritas, kaulų bei sąnarių susirgimai, erythema nodosum ir kt.), tuo dažniau pavyksta nustatyti įsigytoji, ne paveldėtoji šeimoje džiova.

Reikia pastebėti, kad palinkimas tuberkuliozės infekcijai pasiduoti dažnai pasireiškia ir kūno sudėjimu — kažkuriuo prakauliškumu, liesumu, siaura plokščia krūtine, viso organizmo matomu silpnumu, ištižimu. Toksai, seniai jau vadinamas „habitus phthisicus" neretai pasitaiko atskirose šeimose, kur tas „habitus" ir susirgimai džiova, anot žmonių pasakymo, esą perduodami nuo kartos kartai („džiovą karta kartai paduoda"). Klausimas tiktai, ar tasai „padavimas" eina palinkimo prigimimu ar įsigijimu. Bet ir toksai kaikurių šeimų palinkimas džiovai toli gražu ne visuomet sutampa su minėta šeimine kūno degeneracija, pasireiškiančia dažnu „habitus phthisicus". Pasitaiko šeimų, apskritai imant, su stipraus kūno subjektais, kuriuose vis delto pasitaiko daug džiova sergančių ir kaip tik stipruolių tarpe. Negiliai žiūrint ir čia gali manyti, jog, be ano „habitus", dar yra ir kitokių paveldimos arba šeiminės džiovos priežasčių. Bet verta apsistoti, ar tokie šeiminiai džiovos padermėms perdavimai negalima išaiškinti kitaip negu įgimtu paveldėjimu. Vadinamas „habitus phthisicus" nieku būdu negali būti laikomas stipriai susietu tiktai su vienu palinkimu į tuberkuliozę. Neurastenijos, širdies, skrandžio ir žarnų funkcinio susirgimo atvejais, gastro-enteroptozės ir kt. atsitikimais taippat dažnai sutinkamas šeiminis tam tikras kūno sudėties silpnumas. Tuo būdu S t r ü m p e l pataria vietoje „habitus phthisicus" kalbėti apskritai apie „habitus asthenicus". Tenka pabrėžti, kad dauguma atsitikimų „habitus asthenicus" nerodo įgimto palinkimo tuberkuliozinei infekcijai pasiduoti, bet atvirkščiai, tas „habitus" yra mažame amžiuje gal ir nejučiomis persirgtos tuberkuliozės padarinys, kuris dėliai tos priežasties negalėjo matomai namiškiams pasireikšti, bet vis delto paliko persirgusiam asmeniui silpną kūno konstituciją arba „habitus'ą".

Kaikurie autoriai mano, kad tuberkuliozė paveldėjimo keliu nepersiduodanti. Čia lyginant su sifiliu esą galima prileisti pačios tuberkuliozinės infekcijos pradžios persidavimą iš tėvų iki kūdikiui gimstant. Tarp sifilio ir tuberkuliozės yra griežtas skirtumas. Sifilinių tėvų vaikai dažnai gimsta jau su sifilio reiškiniais, tačiau įgimtinė tuberkuliozė yra labai retas atsitikimas. Šituo atveju tuberkuliozė tenka lyginti su s y p h i l i s c o n g e n i t a t a r d a, kai pirmieji sifilio simptomai pasireiškia žymiai vėlesniame amžiuje. Kadangi dauguma autorių šitai

hipotezei prieštarauja, tai šiais laikais ne paveldėtas persidavimas tuberkuliozės, kaip tokios ligos, bet tiktai šeiminis (paveldėtas) didesnis palinkimas tuberkulioze susirgti dar pripažįstamas galimas esąs.

Astenikai dažniau už sveiko sudėjimo žmones esti dusulingi, silpnais plaučiais ir yra linkę susirgti kvėpuojamųjų organų slogomis. Kaikurie autoriai pasisako už paveldėtą persidavimą palinkimo į tuberkuliozę; kiti gi teigia, kad džiovininkių motinų kūdikiai, del blogų sąlygų motinos yščiuje negalėdami pakankamai tvirtai išsivystyti, gimstą silpni, palinkę lengviau susirgti tuberkulioze. Tačiau autorių dauguma su tokiomis išvadomis dar nesutinka, bet nurodo, kad džiovininkų tėvų vaikai gimstą sveiki ir augą normaliai, kaip ir sveikų tėvų vaikai. Džiovininkų tėvų vaikų, tuojau po gimimo atskirtų nuo džiovingos šeimos, susirgimo procentas tuberkulioze esąs toks pats, kaip ir sveikų tėvų vaikų. Tuo būdu paveldėtas persidavimas palinkimo į tuberkuliozę arba įgimtas organizmo atsparumo sumažėjimas vaikams, gimusiems iš džiovininkų tėvų, jei ir galimas, tačiau autorių daugumos dabar yra ginčijamas.

Kitų plaučių susirgimų reikšmė plaučių tuberkuliozei.

Pastaruoju laiku dažnai kalbama apie kitų plaučių susirgimų perėjimą į plaučių džiovą. Nurodoma, kad sena bronchų sloga, krupozinė pneumonija, ypatingai katarinė pneumonija po tymų, kokliušo ir kitokių infekcijų gali pereiti į „tuberkuliozę“. Savaime suprantama, kad panašus reiškinys gali įvykti. Betkuris persirgtas arba esamas sunkus susirgimas atnaujina arba paūmina esantį organizme tuberkuliozinį procesą arba paruošia tinkamą dirvą tbk bacilams. Dauguma kitokių susirgimų, kurie galėtų pereiti į „tuberkuliozę“, kaip kad buvo manoma anksčiau, jau patys yra tuberkuliozinės kilmės ir buvo užsilikę organizme dar anksčiau už anas kitokias „negalias“. Čia priskiriamos tuberkuliozinio proceso paliestos limfliaukės, kurios pirmiau buvo vadinamos „skrofuliozinėmis“, kaulų bei sąnarių susirgimai ir pirminiai pleuritai. Taigi, lieka dar neišaiškintas kitų ligų vaidmuo tuberkulioziniuose procesuose.

Disponuojantieji momentai.

Organizmo atsparumas sumažėja del įvairių priežasčių. Tuberkuliozei įsigalėti padeda šie disponuojantieji momentai, k. a.: asthenia (habitus asthenicus), anaemia, didelio laipsnio kyphoscoliosis, kiti stuburkaulio iškrypimai, status lymphaticus, diabetas, pulmoninė stenozė, plaučių traumos; kaikurios užkrečiamos ligos, k. a., tymai, kokliušas, gripas, typhus, lues;

visos plaučių ligos, chroniški viršutinių kvėpuojamųjų takų susirgimai; nėštumas, puerperium, laktacijos periodas; palaidas gyvenimas (lėbavimas, neišsimiegojimas); alkoholizmas, rūkymas; persunkus fizinis darbas, pavargimas, visokis organizmo nualinimas; blogas plaučių vėdinimas (sėdimas gyvenimas, kurį yra verčiami vesti, pvz., kaliniai, siuvėjai, batsiuviai, raštininkai); hyperthyreosis, ir dar nemaža visokių organizmą silpninančių dalykų. Tai visi nepalankūs momentai, kurie padeda tuberkuliozei įsigalėti ir tarpti. Be to, tuberkuliozei įsigalėti dar gali padėti ir kitos sąlygos, kuriose žmogus gyvena, k. a.: blogas mitimas, blogos higieninės ir socialinės bei ekonominės sąlygos, — gryno oro, saulės spindulių, šviesos, švaros, šilimos stoka; ankštos, dulkėtos, drėgnos, menkai vėdinamos, blogai apšildomos būstinės. Čia labai svarbų vaidmenį vaidina dulkėtas oras blogai vėdinamuose pastatuose, kuriuo žmonės turi kvėpuoti, ypatingai darbas stiklo fabrikuose, dažų, popierio, kailių įmonėse, verpyklose; skudurninkai, adatų šlifuotojai, šaltkalviai, tekintojai, akmenų tašytojai, mūrininkai, dažytojai, kaminų valytojai, malūninninkai, kepėjai ir kiti, kas tik turi ilgo reikalo su užterštu oru.

Tirštai apgyventose vietovėse, fabrikų rajonuose, kuriuose atsiranda iš fabrikų daug dūmų, taippat ir didmiesčiuose, kuriuose sukeliama daug dulkių, kur oras yra daugiausia labai užterštas ir nesveikas. Sveikiausias oras ne miestuose, bet kaimuose, ypatingai prie gausių sausų miškų ir tyrų vandenų.

Tuberkuliozė yra varguolių, beturčių, mažaturčių liga.

Amžius taippat turi didelės reikšmės tuberkuliozei plisti.

Aktyviam tuberkuliozės procesui sukelti reikalingos tinkamos sąlygos. Po pirminės infekcijos, kartais daugeliui metų praėjus, dažnai iš seno liaukų kazeozinio židinio, jau gal būt sukalkėjusio, arba iš papildomosios infekcijos (reinfekcijos, superinfekcijos), plaučuose susidaro nauji tuberkulioziniai pakitimai, kurie duoda atnaujintam tuberkulioziniam susirgimui pradžią, nes organizmas nebepajėgia jam atsispirti.

Imuniteto reikšmė.

Turint galvoje taip labai išplitusią tuberkuliozės infekciją ir daugybinius užsikrėtimo kelius, dauguma žmonių tuberkulioze nors ir užsikrečia, bet vis delto nesuserga. Čia, matyti, turi reikšmės nepaprastai lėtas tbk bacilų augimas, nejudrumas ir išorėje jų nesiveisimas. Be to, šitas reiškinys galima aiškinti dar ir tuo, kad tbk bacilai sunkiai sulaikomi žmogaus organizme. Atsitikimų dauguma šitie bacilai iš organizmo esti išspjaunami, ištuštinami, pašalinami, jog nesuspėja įsigalėti.

Tačiau yra dar vienas labai svarbus veiksnys — tai individinis organizmo atsparumas prieš tuberkuliozės infekciją. Pa-

našiai kaip kaikuriose kitose infekcinėse ligose, taippat ir tuberkuliozėje, pasireiškia atskiruose subjektuose nevienodas palinkimas susirgti džiova. Kame glūdi šitas individinis organizmo atsparumas prieš tuberkuliozės infekciją, mes tikrai dar nežinome.

Kūdikis, užsikrėtęs tuberkulioze, per visą savo amžių savo organizme gali nešioti tuberkuliozės infekciją, ir tuo pačiu laiku jo organizmas pakankamai gerai kovoja su ta infekcija, nepasiduodamas jai. Jei organizme atsiranda tuberkuliozinis židinys, tai esama nuolatinio pavojaus, kad jisai, sąsyjyje su nepalankiomis organizmui sąlygomis, suaktyvės, sustiprės, sukels tuberkuliozinį susirgimą. Šitie gal jau seniai užblėsę tuberkuliozinai židiniai, įkapsuliuoti fibrininėje, kartais sukalkėjusioje kapsulėje, laiduoja kūdikį nuo nuolatinio pavojaus užsikrėsti nauja infekcija iš šalies. Iki organizmas turi savyje, tik neperdaug, gyvų tbk bacilų, jie nežinomu būdu apsaugo jį nuo tuberkuliozės naujų susirgimų. Jeigu organizmas neturėtų tokio imuniteto, tai nuo tuberkuliozės jau seniai būtų išmirusi visa žmonija. Tuberkuliozės infekcija, patekusi į žmonių organizmą, kuris niekuomet dar nebuvo užsikrėtęs tuberkulioze, plinta sparčiai, ūmiai. Tokiais atsitikimais liga gali greitai apimti kuone visus gyventojus, jeigu jie dar nebuvo užsikrėtę tbc antkryčiu, paliesdama tiek vaikus, tiek suaugusius, ir siaučia ne kaip chroniškoji infekcija, bet kaip ūminis užkrečiamasis susirgimas, panašiai kaip typhus, cholera ir kt. Tai pareina nuo to, kad žmogus, neturėjęs kontakto su tuberkuliozine infekcija, nėra užsikrėtęs tuberkulioze ir nėra įsigijęs imuniteto prieš tą infekciją. Taip atsitinka su negrais, dar niekada neturėjusiais reikalo su tbk bacilais; taip buvo atsitikę su pirmykščiais Havajų salų gyventojais.

Tuberkuliozės dažnumas ir mirtingumas nuo jos.

Praėjusio šimtmečio pabaigoje vaikų tuberkuliozė buvo laikoma reta liga, nes tuo laiku visi tuberkuliozės stebėjimai ir tyrimai buvo studijuojami tik suaugusiųjų tarpe. Vėliau paaiškėjo, kad tuberkuliozė yra dažna vaikų liga ir kad suaugusių žmonių tuberkuliozės pradžios dažnai reikia ieškoti jauname amžiuje. Suaugusiųjų plaučių tuberkuliozė — tai procesas, dažnai jau prasidėjęs mažyčių amžiuje. Aišku, kad vaikų tuberkuliozės klausimo nagrinėjimas turi lemiamos reikšmės planingai profilaktikai ir kovai su tuberkulioze. Vaikų tuberkuliozė, kaip ūmesnis pradinis procesas, turi kitokių bruožų, negu jos galutinė stadija, sutinkama suaugusiųjų tarpe.

Amžius tuberkuliozei vaidina svarbų vaidmenį. Jaunome amžiuje sutinkama gausių tuberkuliozinių susirgimų, kurių

dauguma — pirminės kilmės. Šitą faktą patvirtina patologo-anatomiški skrodimai, kur priskaitoma daugiau kaip 90% (97—98%) lėtai praeinančių ir nepastebėtų tuberkuliozės susirgimų. Tuberkuliozinių procesų tik dalis duoda kliniškai lengvai pastebimą susirgimą; didesnioji jų dalis pasireiškia alergija — padidėjusiu jautrumu bei organizmo atsparumu tuberkuliozinei infekcijai.

Tuberkuliozinė infekcija, matyti, yra taip labai išplitusi, jog žemės rutulio visose šalyse sutinkama susirgimų tuberkulioze. Pasak Strümpel'io, pasaulyje vien tik nuo tuberkuliozės miršta ⅛ (1/7—1/10 pagal Bacmeister'į) visos žmonijos, o pačių tuberkulioze užsikrėtusių žmonių skaičius esąs kur kas didesnis.

Kaikurie statistikai rodo, kad skrodžiamuose lavonuose randama 80—97% tuberkuliozinių pakitimų, daugiausia jau užgijusių. Tačiau prof. Bacmeister visose sekcijose randa tik 60% tuberkuliozinių pakitimų, o gausiai apgyventose vietovėse bei dideliuose miestuose jis priskaito iki 100% visų žmonių su tuberkuliozės infekcija; į tuberkuliną reaguojančių vaikų jis randa trečdalį.

Po to, kai Pirquet 1907 m. surado tuberkulininę odos reakciją tuberkuliozei susekti, pasidarė galima išaiškinti ir tuberkuliozės dažnumas vaikų bei suaugusiųjų tarpe.

Žemiau dedama lentelė, kuri pavaizduoja įvairaus amžiaus vaikų teigiamąją tuberkulininę reakciją trijuose didmiesčiuose (žiūr. 1 lent.):

Iš 1-osios lentelės matome, kad 12—14 metų amžiaus vaikų tuberkuliozinė infekcija kaikur pasiekia daugiau kaip 90%.

Pirminės tuberkuliozės infekcijos laiku galima laikyti pirmieji 20 gyvenimo metų. Tuberkuliozės infekcija Vakarų Europos kraštuose taip yra išplitusi, jog tik nedaugelis žmonių jos išvengia. Jau esame minėję, kad užsikrėtimas įvyksta dažniausiai jauname amžiuje.

1-oji lentelė.

Įvairaus amžiaus vaikų teigiamoji tuberkulininė reakcija.

Amžius	Miestas %%%			Amžius	Miestas %%%		
	Viena	Paryžius	Berlin		Viena	Paryžius	Berlin
0—6 mėn.	—	10.5	5,7	7— 8 metų	73	62,2	55,0
6—12 „	—	10,5	5,7	8— 9 „	71	72,9	61,4
1—2 metų	—	24,3	31,4	9—10 „	85	72,1	61,4
2—3 „	20	32,3	36,6	10—11 „	93	70,8	63,2
3—4 „	32	45,3	36,6	11—12 „	95	87,7	63,2
4—5 „	52	49,1	45,8	12—13 „	94	87,7	65,9
5—6 „	51	53,6	45,8	13—14 „	94	83,6	65,9
6—7 „	61	58,1	45,8	14—15 „	—	79,7	67,6

Hamburger ir Monti, ištyrę Vienoje 509 vaikus, kurie nebuvo turėję kliniškų tuberkuliozės reiškinių, gavo šiuos duomenis (žiūr. 2 lent.):

2-oji lentelė.

Vaikų teigiamoji tuberkulino reakcija procentais.

0—1	2—3	4—5	6—6	7—8	9—10	11—12	13—14 amžiaus metai
9	20 32	52 51	61 73	71 85	93 95	94 94	— procentai

Šita medžiaga buvo surinkta dideliame mieste proletariato vaikų tarpe, ir del to ji negali atitikti visų gyventojų sluogsnių įvairiuose kraštuose. Tas pats Hamburger, pvz., to paties amžiaus Graz'o miesto vaikams priskaito tik 50%, o Schlossmann nurodo, kad pasiturinčių tėvų vaikų tarpe tuberkuliozinė infekcija nustatoma žymiai rečiau, negu proletariato tarpe.

Pasak Schlossmann'o, galima laikyti, kad 14 metų amžiaus vaikų didmiesčiuose vidutiniškai ⅔—¾ jau esą perėję tuberkuliozinę infekciją.

Patologo-anatomiški duomenys taippat rodo, kad atitinkamai amžiui ir tuberkuliozinių židinių organizme procentas didėja (Naegeli, Ghon, Albrecht).

Dažnai tuberkuliozinai židiniai yra surandėję ir taip maži, jog negalima jų pastebėti ne tiktai makroskopiškai, bet ir mikroskopiškai. Tokie židiniai susekami, tik panaudojus tam tikras tyrimo priemones.

Vaikams iki vienerių metų amžiaus teigiama Pirquet'o reakcija išeina dažnai. O jei turėtume galvoje, kad neretai gaunama ir neigiama tuberkulino reakcija, nors tie vaikai ir yra tikrai užsikrėtę tuberkuliozine infekcija, tai vaikų jauno amžiaus tuberkuliozės procentas bus žymiai didesnis, negu paprastai jis nurodomas (Strümpel).

Vaikų tuberkuliozės dažnumą gerai pavaizduoja žemiau dedama 3-ioji lentelė, kur procentais pažymėti tuberkulioziniai pakitimai vaikų lavonuose (žiūr. 3 lent.):

3-ioji lentelė.

Patologo - anatominė medžiaga.

Amžius	Miestas %%%			Amžius	Miestas %%%		
	Viena	Paryžius	Berlin		Viena	Paryžius	Berlin
0—3 mėn.	4	1	—	3— 4 metų	60	—	41,3
4—6 „	8	12	10	5— 6 „	56	—	50,1
7—9 „	23	20	10	7—10 „	63	—	50,1
10—12 „	23	20	10	11—14 „	70	—	50,1
1—2 metų	40	30	41,3				

3-ioji lentelė pavaizduoja vaikų, mirusių nuo betkurių ligų tuberkuliozės duomenis, gautus skrodžiant.

Tuberkulioze užsikrečiama jauname amžiuje. Miestų ir fabrikų rajonų vaikai apie 7—10 metus amžiaus beveik visi jau yra užsikrėtę tuberkulioze, kaip tai rodo skrodimai (Hamburger ir kt.). Jei tuberkulioziniai pakitimai pirmaisiais amžiaus metais randami 1,5%—2%, tai 3—4 metų jau — 30%, o 7—10 metų — 85—90%. Vaikai, turį aiškius adenoidus, padidėjusias kaklines bei pažandines liaukas, kuriems be jokios priežasties arba fiziškai pavargus vakarais t°-ra truputį pakyla, iki 37,5—38°, o iš ryto vėl nukrinta, turį būti įtariami užsikrėtę tuberkulioze ir bekovoją su ta liga.

Tuberkuliozei įsigalėti padeda, kaip jau minėta, nepalankios darbo ir vietos sąlygos. Fabrikuose bei įmonėse, kuriose mažai rūpinamasi žmonių sveikata, sąsyjyje su grynoro oro stoka, įvairių dulkių ir nuodingų medžiagų įkvėpavimu, netinkama kūno padėtimi bedirbant, tuberkuliozės susirgimų procentas didelis, ypatingai pramonės darbininkų tarpe.

Atskiromis profesijomis mirtingumas nuo tuberkuliozės žymiai svyruoja (žiūr. 4 lent.).

4-oji lentelė.

Olandų Prinzig'o statistikos duomenimis mirtingumas nuo tbk.

Darbo rūšis	Bendrinis mirtingumo ‰	Nuo plaučių tbk mirtingumo ‰
Atviras oras	8,1	0,63
Uždaras būstas	9,73	2,97
Neorganinių dulkių įkvėpimas	16,52	6,35
Organinių dulkių įkvėpimas	8,90	2,31
Nuodai, garai ir dujos	9,28	2,64
Sunkus fizinis darbas	8,07	1,66

Tuberkuliozės problema galima išaiškinti, tik išsamiai ištyrus krašto gyventojų socialines bei ekonomines ir darbininkų darbo bei gyvenimo sąlygas.

Mirtingumas nuo tuberkuliozės Prūsijoje 1893 ir 1913—1926 m. pavaizduojamas 5-ojoje lentelėje (žiūr. 5 lent.):

Įdomus čia mirtingumo nuo tuberkuliozės pakilimas didžiojo karo metu ir dvejais pokariniais metais.

Mirtingumas nuo tuberkuliozės Prūsijoje pagal amžių ir lytis 10.000 gyventojų to paties amžiaus ir tos pačios lyties pavaizduojamas 6-ojoje lentelėje (žiūr. 6 lent.).

Iš 6-osios lentelės matome, kad mirtingumas pagal amžių nevienodas. Nepaisant žemo žinduolių užsikrėtimo skaičiaus, stebimas jų aukštas tbk mirtingumas, kai tuo metu tarp 5 ir 15

5-oji lentelė.

Mirtingumas nuo tuberkuliozės Prūsijoje 1893 ir 1913—1926 m.

Laikai	Metai	Bendrinis nuo tbk mirtingumas 10.000 gyv.	Mirt. nuo plaučių tuberkuliozės 10.000 gyv.
Prieškariniai laikai.....	1893	26,1	24,3
	1913	14,2	12,2
Did. karo laikai.....	1914	14,3	12,2
	1916	16,2	13,9
	1918	23,0	20,2
Pokariniai laikai.....	1919	21,1	18,2
	1920	15,4	13,0
	1921	13,7	11,6
	1922	14,2	12,1
	1924	12,2	10,2
	1926	10,0	8,4

6-oji lentelė.

Mirtingumas nuo tuberkuliozės Prūsijoje pagal amžių ir lytis.

(1909—1913, 1918, 1920—1922 ir 1923—1926 metais).

Metai	Amžius											
	0—1	1—2	2—3	3—5	5—10	10—15		15—25		25—40		40—60 ir vyr. amž.	
						Lytis							
						V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.
1909													
1913	20,6	14,4	8,5	5,9	4,3	3,9	6,7	15,8	17,7	18,9	20,5	25,95	15,75
1918	18,2	19,0	13,7	10,4	7,4	6,4	11,1	31,55	30,75	32,6	31,6	32,5	30,4
1923	20,1	16,2	10,0	7,7	4,6	3,7	6,3	21,3	19,45	19,0	19,35	19,4	15,35
1925	13,4	10,2	6,6	4,5	3,2	2,4	3,9	12,7	14,00	14,5	14,30	13,4	10,2
1926	12,6	9,7	5,4	4,3	2,8	2,1	3,8	10,7	12,90	13,2	13,00	12,7	9,1

metų amžiaus stebimas mergaičių aukštesnis mirtingumas, negu berniukų. Tas reiškinys aiškinamas tuo būdu, kad aukštas mergaičių mirtingumas, matyti, yra susijęs su ankstyvesniu lytiniu brendimu, kuris gali pasunkinti tuberkuliozinę infekciją, nes organizmui tada tenka kovoti, taip tariant, dviem frontais. Iš tos pačios lentelės matome, kad karas taippat turėjo įtakos mirtingumui padidėti. Mažiausiai karas atsiliepė kūdikiams, kurių mirtingumas didžiojo karo metais net sumažėjo, kai tuo pačiu laiku kitų amžių asmenų mirtingumas buvo pakilęs arba net padvigubėjęs. Po karo mirtingumas netrukus vėl žymiai

sumažėjo, o mažų vaikų nuo 5 iki 15 metų amžiaus pasiekė beveik dvigubai mažesnių koeficientų.

Tuberkuliozė dažniau vyrauja kūdikių amžiuje. Antraisiais amžiaus metais mirtingumas nuo tuberkuliozės mažėja. Jauname amžiuje, ypatingai iki 10-ies metų amžiaus gana daug vaikų miršta miliarine tuberkulioze ir ypatingai tuberkuliozinių meningitu, rečiau plaučių tuberkulioze, kuri, kaip kad rodo 6-oji lentelė, 10—12 metų amžiaus mergaičių tarpe iš naujo didėja.

Blogos socialinės, ekonominės ir higieninės gyvenimo sąlygos, kaip jau sakyta, didina tuberkuliozinį mirtingumą ir mažina atsparumą.

Apčiuopiamai galima pavaizduoti gyvenamųjų butų vaidmuo.

Taip, pvz., Grabowsky'o duomenimis iš 6.012 mirusiųjų nuo tuberkuliozės 1918—1920 metais Lodzėje 78% žmonių gyveno vienkambariuose būstuose ir tik 14,9% — dviejų kambarių būstuose. Dakunina's ir Stojanovskaja's statistikos duomenimis Leningrade 1927 metais nuo tuberkuliozės mirė tenkant štai kiek grindų kvadratūros: iki 5 m²—42,8%, iki 9 m² — 33,4%, iki 14 m² — 14,5%, 14 m² ir daugiau — 1,4%.

Mirtingumui nuo tuberkuliozės, o taippat ir džiovai įsigalėti, turi didelės reikšmės mityba.

Per didįjį karą 1914—1918 metais ir pokariniu laikotarpiu Vokietijoje buvo chroniškas gyventojų ir darbininkų alkis.

Kai 1914—1918 m. vienam žmogui kalorijų kiekis pamečiui krito ir 1918 m. buvo pasiekęs 1.000, tai mirtingumas nuo tuberkuliozės 10.000 gyventojų (kaikuriose tos valstybės vietose) nuolatos didėjo šitaip: nuo 14,0 — 1914 m., iki 16,0 — 1916 m., 24,8 — 1917 m. ir iki 28,2 — 1918 m.

Neumann'o duomenimis Vokietijoje viename ištirtame pramonės rajone 10.000 gyventojų mirtingumas 1913 metais buvo nukritęs iki 11,0, o 1918 m. buvo pakilęs iki 35,0.

Pasibaigus didžiajam karui, mirtingumas Vokietijoje po dvejų metų ėmė mažėti, tačiau pastaruoju metu, pradedant nuo 1930—1931 m., del ekonominės krizės mirtingumas vėl pradėjo po truputį augti.

Kaikurie autoriai nurodo tuberkuliozinius susirgimus del alkoholizmo ir rūkymo, kuriems kiti autoriai pripažįsta tik antraeilių veiksnių vaidmenį.

Šiandien yra pateiktas visas arsenalas įvairių įvairiausių vaistų tuberkuliozei gydyti, bet, kaip esame matę iš aukščiau pateiktų užsikrėtimo ir nuo tuberkuliozės mirtingumo duomenų, toli gražu dar nepavyksta ta pikta liga nugalėti.

Perspektyvos.

Tuberkuliozė yra dažniausiai varguolių, beturčių, proletariato liga, kas matyti ir iš šito straipsnio duomenų.

Jei tikra, kad gerai pasiturį gyventojų sluogsniai turi daug mažesnį tuberkuliozinį mirtingumą už varguolius, tai aišku, jog, norint sumažinti tos ligos aukų skaičių, reikėtų stengtis taip susitvarkyti, kad kuo daugiausia būtų bent vidutiniškai pasiturinčių žmonių, kad nors chronišką alkį kenčiančių būtų kuomažiausia, kad gyventojai turėtų pakenčiamą pragyvenimui uždarbį. Tuomet ir be patentuotų vaistų, ir be brangios sanatorijų pagalbos mirtingumas nuo tuberkuliozės nukris bent žemiau 10—8 kiekvienai dešimčiai tūkstančių gyventojų.

Bet vis delto ir gerai ekonomiškai pasiturį gyventojaį nuo džiovos miršta. Tad gyventojų gerovės kilimas gali tik sumažinti tuberkuliozės aukų skaičių, bet pačios tos ligos nepanaikins. Reikia dar naikinti džiovos antkryčiai, kurių kelios rūšys yra surastos (bacilai, kokai, leptothrices, ultravirus), arba padaryti žmogaus organizmą nepasiduodantį tiems antkryčiams.

Nuo Villemin'o (1865 m.), R. Koch'o (1882 m.) kovos su džiova sritis yra pralobusi stambiais išradimais, tos ligos supratimas yra žymiai pakitęs. Galime tikėtis, kad ji toliau galės būti dar labiau nugalėta, einant prie to trimis keliais — keliant gyventojų ekonominę gerovę, naikinant tbk antkryčius ir ugdant organizmo atsparumą.

Literatūra.

1. Astvacaturov: Terapeutičeskij spravočnik. I tom. 1937 m.
2. Bacmeister: Lehrbuch der Lungenkrankheiten. III Auflage. 1923 m.
3. Bacmeister: Therapeutisches Taschenbuch der Lungenkrankheiten. 3 Auflage. 1930 m.
4. Buinevičius: Vidaus ligų klinikos vadovėlis. Kvėpavimo ir virškinimo organų ligos. II dalis. 1925 m.
5. Domarus: Grundriss der inneren Medizin. Zwölfte verbesserte Auflage. 1938 m.
6. Feer: Rukavodstvo po dietskim bolieznam. 1934 m.
7. Koltypin: Učebnik dietskich bolieznej. 1939 m.
8. Strümpel: Častnaja patologija i terapija vnutrennich bolieznej. I tom. 1931 m.

Med. gyd. A. Čerškus.

Tuberkuliozinis apendicitas.

(Iš Rokiškio apskr. ligoninės chir. skyriaus).

Kalbėti apie tuberkuliozinį apendicitą, kaip atskirą, savarankišką, tik vienuogalės žarnos susirgimą, tenka retai, bet tokių susirgimų vis delto pasitaiko. Ir plaučių tuberkulioze aiškiai sergąs asmuo gali turėti paprastą, nespecifišką, chro-

nišką vienuogalės žarnos uždegimą; tačiau tokie ligoniai suserga ir specifiškais apendicitais. Bjalakur, sistemiškai ištyręs plaučių džiovininkus, rado, kad 30% atsitikimų turį apendicitą; operuotieji iš jų pusė buvo tuberkulioziniai, antra pusė — paprasti chroniški uždegimai. Silvestri rado, kad 20—28% plaučių džiovininkų turėję ir apendicitą. Barbary apskritai pastebi, kad ligoniai, sergą chronišku apendicitu, turį deš. plaučių viršūnėje kvėpavimo pakitimų, iš kurių galima nustatyti plaučių tuberkuliozė; galį būti enteritai, kolitai ir pagaliau apendicitai nuo tuberkuliozininkų persimaitinimo ar per didelio medikamentų vartojimo; taippat džiovininkai turį paprastus chroniškus nespecifiškus apendicitus nuo nuolatinio limfinio aparato dirginimo tuberkuliozinėmis toksinais. Todėl kiekvienas chirurgas chroniško apendicito atveju turi gerai ištirti ligonio plaučius.

Tuberkuliozinis apendicitas, kaip atskira liga, apima tik tokius atsitikimus, kai tuberkuliozė paliečia vienuogalės žarnos sienas ir tik čia lokalizuojasi; esant ileocekalinei tuberkuliozei appendix'o tuberkuliozė yra antrinė liga.

Daug yra duomenų, kurie **apie tuberkuliozinio apendicito dažnumą** kalba įvairiai. Peržiūrėkime keleto Amerikos autorių statistiką. Bazin iš 1259 apendektomijų rado 3 tuberkuliozinius appendix'us — 0,16%. Bérard ir Alamartine laiko, kad 7—8% tuberkulioziningų ir 1% netuberkulioziningų individų vienuogalėje žarnoje turi tuberkuliozinių pakitimų. Pasak Wearver'o, tuberkuliozinių apendicitai sudarą 1—1,5% visų apendicitų. Warwick visų ištirtų vienuogalės žarnos susirgimų tarpe rado 1,5—3% tuberkuliozinių. Noehren ir Th. Mueller (New-York'e), ištyrę 515 apendicitų, rado 23 tuberkuliozinius (4,5%). Armstrong nurodo, kad tuberkuliozinių apendicitų esą suradę: Deaver — 0,2%, Murphy — 2%, Herisson — 1—2%, Lockwood — 2%, Fitz — 3% ir Mayo — 1,5%. King iš 28 atsitikimų rado vieną tuberkuliozinį apendicitą. White nustatė, kad 59% nuo džiovos mirusių pacientų turėję tuberkuliozišką pakitusį appendix'ą. Vokietijoje tuberkuliozinių apendicitai laikomi labai reta liga. Rokiškio apskr. ligoninėje iš mano 605 apendektomijų aiškiai tuberkuliozinių atsitikimai buvo du, kas sudaro 0,3%. Šitie du atsitikimai plaučių tuberkuliozės neturėjo, bet buvo rasta tuberkuliozinių pakitimų pilvaplėvėje, ko prieš operuojant nebuvo galima nustatyti. Grynai appendix'o tuberkuliozė yra išimtinai reta liga, dažniausiai įšeinanti iš vienuogalės žarnos arba pilvaplėvės. Bérard ir Armstrong nurodo, kad 90% atsitikimų esančios paliestos vienuogalė žarna ir pilvaplėvė. Warwick nurodo, kad vamzdžių tuberkuliozė irgi galinti pereiti ant appendix'o. Todėl nėsant abejojimo,

kad vienuogalės žarnos tuberkuliozė esanti antrinė tuberkuliozinio proceso lokalizacija. Pirminės appendix'o tuberkuliozės literatūroje, pasak Noehren'o ir Th. Mueller'o, terasti tik trys atsitikimai.

Appendix'o užsikrėtimas tuberkulioze gali būti enterogeninis, limfogeninis arba hematogeninis; appendix'as dažnai paliečiamas tuberkuliozinio peritonito atveju ir pasireiškia ūminio appendix'o simptomais.

Tuberkuliozinio apendicito patologo-anatominis vaizdas atitinka vėdarinių žarnų, ypač vienuogalės žarnos, tuberkuliozę. Prancūzų autoriai skiria tris formas: 1) granulo-ulcerozinę formą, ypač appendix'o pagrindo; 2) entero-peritonejinę formą, ir 3) chroniškai hiperplastinę formą, sudarančią auglius; kai tuberkuliozinis procesas paliečia vienuogalę žarną ir ileum, gaunama ileocekalinė tuberkuliozė. Dažniausia tuberkuliozinio appendix'o forma yra ulcerozinė, bet įdomiausia yra chroniškai hiperplastinė forma su jaučiamu augliu. Ji susidaro del išaugimo jungiamojo audinio submukozėje ir appendix'o sienos sustorėjimo. Šita forma yra lengva sumaišyti su appendicitis fibroplastica; klausimą išsprendžia histologiškas tyrimas.

Kliniškas ligos vaizdas ilgą laiką yra latentinis; striktūros, ileocekaliniai augliai pasireiškia žymiai vėliau. Dažniausiai liga paaiškėja, kai pasidaro ūmaus apendicito reiškiniai — operacija ir histologiškas tyrimas parodo tuberkuliozinį apendicitą. Pasak Bérard'o ir Alamartine, ūmus tuberkuliozinės kilmės apendicitas einąs su aukšta temperatūra, čia vėl pagerėjąs; chroniškas apendicitas pasireiškia nedideliais reiškiniais: dažnai kartotiniu skausmu deš. žemutinėje pilvo dalyje, su lydinčia temperatūra arba be jos.

Indikacija operacijai išeina iš diagnozės. Dauguma atsitikimų operuojama, kaip paprastas ūmus uždegimas, tik operacijos metu arba histologiškai ištyrus, paaiškėja tuberkuliozinis apendicitas.

Rašinio pabaigoje pateikiu mano stebėto paskutinio **tuberkuliozinio apendicito ligos istoriją.**

I. Ligos istorijos 539 nr. Ligonė G-tė O., 18 m. amž., atvyko 1942. IV. 8 d.; išsirašė iš ligoninės 1942. V. 4 d.

Diagnozė: prieš operaciją — appendicitis subacuta, po operacijos — appendicitis tuberculosa.

Anamnezė: Ligonė atvyko del skausmų deš. pilvo pusėje žemai ir ilgai užtrukusios temperatūros. Prieš dvejus metus ligonė pradėjusi jausti skausmus viduriuose iš deš. pusės, kurie ypač pasireikšdavę pavažinėjus dviračiu. Praeitą vasarą del skausmų 1 savaitę gulėjusi. Praeitą rudenį sutrikusios mėnesinės, kurios kartodavosi kas 1—2 sav. Tariusis su gydytoju ir nuo skirtų vaistų mėnesinės susitvarkiusios. Nuo sausio mėn. pradėjusi karščiuoti, temp. 37—39°C. Pradėjusi liesėti, nustojusi apetito ir pradėjęs skaudėti visas pilvas. Namie turinti tris sveikas seseris; tėvai

gyvi ir sveiki. Nekosinti, neskrepliuojanti, užkrečiamomis ligomis nesirgusi.

Stat. praes.: Vidutinio ūgio, taisyklingo kūno sudėjimo, vidutinės mitybos, pablyškusi, paakiai pamėlynavę, gleivinės silpnai rausvos; nevemia. Širdis normalaus didumo, tonai aiškūs. Plaučiuose perkutuojant pakitimų nerasta, auskultuojant vezikuliariškas alsavimas. Palpuojant pilvą labai skausminga appendix'o srityje. Kepenys ir blužnis neapčiuopiamos. Šlapimuose baltymų ir cukraus nerasta. Westergreen'o reakcija per 1 val. 42, per 2 val. 73.

Ligos eiga. IV. 22 d. Vietinėje tutokaino anestezijoje padaryta appendectomia. Rasta: peritoneum parietale sustorėjusi ir jos vidus yra išbertas smulkiais balzganais taškeliais; vienuogalė žarna viršutinėje dalyje normali, aplink appendix'o pagrindą ant vienuogalės yra daug baltų taškelių, ant ileum'o prie vienuogalės daug tokių pačių taškelių; appendix paraudęs, apaugęs suaugimais, mesenteriolum visai suaugęs su vienuogale. Ant appendix'o „išbėrimo" aiškiai nematyti, bet čiupinėjant jaučiama, lyg būtų smėlių apipiltas.

IV. 23 d. Jaučiasi gerai, nevemia, nekosti, šlapinasi pati.

Diagnozė: Iš Patologijos Instituto gautas atsakymas: Periappendicitis tuberculosa.

IV. 25 d. Idem.

IV. 28 d. Nuimti siūlai. Žaizda sugijusi per primam intentionem.

IV. 30 d. Jaučiasi gerai.

V. 4 d. Išsirašė be nusiskundimų.

II. Antras atsitikimas buvo operuotas anksčiau. Tai buvo vyras, 35 m. amž., į ligoninę priimtas diagnoze „paratiflitinis infiltratas"; turėjo appendix'o srityje skausmingą, paslankų naviką. Operuojant rastas tuberkuliozinis apendicitas.

Pirmasis atsitikimas patologo-anatomiškai atitinka entero-peritonejinę formą, o antrasis — chroniškai-hiperplastinę formą.

Zusamenfassung.

Es wird von zwei Fällen tuberkulöser Appendicitis berichtet, wobei die Seltenheit, der Verlauf und das pathologisch-anatomische Bild, dieser Krankheit besprochen werden.

D-ras K. Grinius.

Džiovos arba tuberkuliozės terminologijos projektas.

Actio legislativa contra tuberculosem —
priešdžiovinė įstatymų veikla.

Adenitis tuberculosa —
džiovinis limfinių liaukų arba limfliaukių uždegimas.

Adhaesiones pleurales s. concretiones pleurales —
plaučiaplėvių arba plaučplėvių arba plaučmaišio suaugimai (sulipimai, sukibimai, sugijimai), apyplaučių suaugimai; lenk. zrosty opłucnej; rus. пелвральные с ощения.

Alcoholisatio nervorum intercostalium —
šonnervių arba šondirgsnių*) įalkoholinimas, šonkaulinių nervų alkoholini-

*) Šonnervis arba šondirgsnis (nervus intercostalis) geriau atitinka tą sąvoką, negu tarpšonkaulinis nervas arba dirgsnis, ir daug trumpesnis žodis.

mas; lenk. alkoholizacija nerwów międzyżebrowych; rus. алкоголизация межреберных нервов.

Allergenum —
alergenas, kitoniškas atoveiksmis (t. y. alergiją sukelianti medžiaga, arba veiksnys).

Allergia —
alergija (kitoniškas atoveiksmis, arba atoveiksnis arba atveikis).

Allergometria —
alergometrija, alerginio atoveiksmio laipsnio matavimas.

Alveolitis pulmonum tuberculosa —
plaučių džiovinis arba džiūtinis alveolitas (plaučiaakių džiovinis uždegimas arba įplautimas, įplautis, įslogis, uždegis).

Amyloidosis —
amiloidozė, išamiloidė (nuo lot. amylum — krakmolas, skrobylas, suskrebimas — skrebti, skremba, skrebo; rus. скорузнуть).

Anacoresis —
anakorezė, gautas nuo BCG kaikurioms ligoms (ne vien tuberkuliozei) atsparumas, atspara.

Anamnesis —
apklausinėjimas, apklausimas, apklausa, apyklausai (iškvotimas), apsakas (ligonio); lenk. wywiady.

Anatomia pulmonum pathologica v. pathologia pulmonum —
nesveikų (ligotų) plaučių anatomija arba plaučių patologija.

Anergia primitiva s. positiva —
pirminė arba teigiamoji anergija (agna — pas Sereiskį) — žmogaus organizmo stovis, kai organizmas, neturėdamas savyje džiovos bacilų, neatsiliepia į tuberkulino skiepijimus.

Anergia secundaria v. negativa —
antrinė arba neigiamoji anergija (agna), kai žmogus, džiovos bacilų turėdamas, neatsiliepia į tuberkulino skiepijimus.

Apicolysis extrapleuralis —
išpleurinė apikolizė, ekstrapleurinė apikolizė; lenk. odklejanie szczytu płuca zewnątrzopłucne.

Arthritis coccoidosa specifica —
sąnarių džiovos kokinis uždegimas.

Aspiratio endocavitaria (Monaldi) —
Monaldi'o plaučių urviasiurba (urvų siurbimas).

Atelectasis pulmonum —
plaučių arba jų dalies supuolimas, neįkvėpis, neįalsis, nepriekvėpis, nepriepūtis, subliuškimas, supliuškimas; lenk. niedodma płuc (žiūr. collapsus).

Auscultatio —
plaučių išklausymas, išklausa, išklustis.

Autoinfectio tuberculosa —
užsikrėtimas, apsikrėtimas, užkrata, apkrata; lenk. samozakażenie.

Bacillaemia tuberculosa —
džiovbacilinė įkraujė**), džiovos bacilkraujė, džiovbacilkraujė.

Bacilluria tuberculosa —
bacilurija, džiovbacilinis šlapinimasis, džiovbacilmyžis (pvz., „ilgamyžis užpuolė").

) Kraujė lotyniško termino „aemia" vietoje, k. a.: **anaemia — bekraujė („kažkokia bekraujė užpuolė"), **hydraemia** — vandenkraujė, **leucaemia** — baltakraujė, **chloraemia, chlorosis** — žaliakraujė arba blėkšmė (blykšlė), **hyperaemia** — perkraujė. Prielinksnis „į(in)" rodo, kad dalykas eina kraujo viduje, o prielinksnis „iš" rodo, jog kažkas dedasi daikto išorėje.

Bacillus tuberculosus —
džiovbacilis, džiūtbacilis, džiovos lazdelė, Koch'o lazdelė.

Bacillustraeger (bacilloferus, kaip luciferus) —
bacilius, - iaus (kaip utėlius, blusius, parkius), bacilsėjis, bacilkrėtis, bacilnešis.

Bacteriaemia tuberculosa (sepsis tuberculosa) —
džiovinė bakterkraujė, džioviakraujė.

Becegitis —
BCG-itas, becegitas, savotiškas nuo BCG skiepijimo susirgimas.

Bilaterisatio tuberculosa —
džiovinis abiplautinis susirgimas.

Bronchiolitis tuberculosa —
plaučšakelių džiovinis uždegimas.

Bronchoadenitis (bronchoadenopathia, bronchoadenosis, lymphadenitis et perilymphadenitis coccoides specifica) —
džiovinis plaučiašakių, plaučių aplinkliaukių (plaučliaukių, plaučių limfliaukių) uždegimas (uždegis).

Bronchopneumonia tuberculosa —
džiovinis (džiūtinis) įplautis arba pneumonija (įplautimas, įplautis — arklių liga, lot. malleus humidus, rus. can; „įplautusį arklį apgavimu įteikė"; šitą ligą kitaip dar vadina įnosėmis).

Calcinatio, calcificatio —
įkalkėjimas, įkalkimas, sukalkėjimas, sukalkimas, įkalkis.

Capsulatio —
aptraukimas, apvilkimas, apvalka, apvystymas, apvyturiavimas, apvokavimas.

Carnificatio pulmonum —
plaučių mėsėjimas, randėjimas, fibrėjimas.

Caseificatio tuberculosa —
džiovinis varškėjimas, tuberkuliozinė (džiovinė) varškinė.

Caverna pulmonum tuberculosa —
džiovinė plaučurvė, džiovinis plaučurvis.

Chrysotherapia tuberculosis —
džiovos gydymas auksu.

Chylothorax —
chilkrūtė, chilinkrūtė, limfakrūtė, limfinkrūtė (kai į plaučplėvės tuštimą įsilieja chylus, lympha).

Circumscriptus, -a, -um —
ribotas, aprėžtinis, aprėžtasis, atskirtinis.

Classificatio malorum tuberculosorum —
džiovos susirgimų klasifikavimas arba suskirstymas.

Coccoidosis specifica —
džiovos kokinis susirgimas, kokinė džiovligė, kokdžiovė.

Collapsotherapia —
gydymas plaučių sąspūdžiu, sambliuškiu, sampuoliu.

Collapsus pulmonum —
plaučių subliuškimas, supliuškimas, supuolimas (sąspūdis, sambliuškis, sampuolis). Žiūr. **Atelectasis.**

Complexus tuberculosus primitivus —
džiovos pirminė samplaka, sankuopa (t. y. pirminių židinių sambūris); lenk. zespół pierwotny.

Complicatio tuberculosis —
džiovos komplikacija, prieligė, priesirgis, prienegalis.

Consumptio (organi, corporis) —
kūno, jo įtaiso arba organo griuvimas, nykimas, irimas.

Contactus tuberculosus —
kontaktas, susidūrimas, susilietimas (sąlytis) su džiovos židiniu, tuberkuliozinis (džiovinis) sąlytis.

Corticalitis tuberculosa —
plaučkraščių džiovinis uždegimas.

Corticopleuritis tuberculosa —
plaučių ir jų plėvės kraštinis džiovinis uždegimas.

Crepitatio diffusa —
praplitęs, išplitęs braškesys, traškesys.

Crepitatio pulmonum —
plaučių braškėjimas, traškėjimas, braškesys, traškesys.

Denutritio progressiva neonatorum —
naujagimių pažanginė nyka, nykulys (prileidžiama, nuo virus filtrabilis tbc.).

Desensibilisatio tuberculosa —
tuberkulino skiepijimams nejautrumas, nepasidavimas; džiovos antkryčiui nejautrumas, nepasidavimas; tuberkuliozinė nejauta, nejutis, nejauslė.

Diagnosis tuberculosis differentialis —
džiovos išskiriamoji dijagnozė (pažinimas).

Diaphragma —
pertvara, dangos, išdangčiai.

Diathesis haemorrhagica —
į kraujavimą polinkis, įkraujinis polinkis, kruvinlinkis.

Diffusio —
praplitimas, išplitimas, paplitimas, (iš)plita, plistis.

Diffusus, -a, -um —
iš kraštų išėjęs, paplitęs, paplitinis, išsiliejęs.

Dispositio —
(pa)linkimas, pakrypimas, polinkis, pasidavimas.

Disseminatio (bacillaris) —
bacilų išsisėjimas, išsėjis, įsėjis.

Distrophicus, -a, -um —
džiovai tarpti nepadedąs.

Emphysema pulmonum —
plaučių persitempimas, pertisimas, pertįsis (pertysti, — tysta, — tiso), pertimpis (pertimti, —timsta, —timpo), plaučių patrūkis; lenk. rozedma płuc.

Emphysema (subcutaneum, subfasciale, subpleurale, mediastinale, interstitiale, interlobulare) —
įpūtis arba įdūmis (odos, fascijų, pleuros, krūtinvidžio, audinių, plaučių tarpskilčių); lenk. odma (podskórna....).

Empyema —
plauč(ia)plėvės, plaučmaišio, apyplaučių pūlinys; lenk. ropień opłucnej.

Erythema nodosum —
raudonmazgė, raudmazgė; lenk. rumień guzowaty.

Exacerbatio processus tuberculosi —
džiovos eigos pakilimas, pabjurimas, paūmėjimas, paaštrėjimas.

Exitus letalis —
džiovio (džiovininko) galas paskutinis, mirtis:

a) **per asphyxiam** —
del uždusimo;

b) **per inanitatem** —
del išsekimo, sunykimo, lysulio;

c) **per insufficientiam circulatoriam** —
del kraujotakos nepajėgumo;

d) **per haemorrhagiam** —
del kraujaplūdžio.

e) **per oedema cachecticorum** —
del pasibaigėlių putmenų, tinulio;

Febris —
karščiavimas, karštinė:

a) **f. continua** —
pastovusis, pastovinis karščiavimas;
b) **f. hectica** —
(pa)baigtinis, nykulinis karščiavimas;
c) **f. intermittens** —
kartkarštis, (at)kartotinis karščiavimas;
d) **f. irregularis** —
nelygusis, nelyginis karščiavimas;
e) **f. recurrens** —
grįžkarštis, grįžtamasis karščiavimas, sugrąžtinis (palyg. vedybų sugrąžtai, iškilmių sugrįžimas);
f) **f. remittens** —
atpuolamasis arba atpuolinis karščiavimas;
g) **status subfebrilis** —
apykarštis, priekarštis, karštelis, puskarštis.

Fenomen R. Kochi —
Koch'o fenomenas, dėsnis.

Fibrothorax —
apyplaučių, arba plaučiaplėvių (su)randėjimas, (su)mėsėjimas, (su)fibrėjimas, randinės apyplautės, apyplaučių suplėvėjimas, skydulinės apyplautės; l e n k. zwłóknienie opłucnej.

Filtratas —
prasunka (kas pro koštuvą prasisunkė); l e n k. przesącz.

Fistula pleuropulmonalis —
plaučių ir apyplaučių arba plaučiaplėvių ištaka, prataka; l e n k. przetoka opłucno-płucna.

Focus tuberculosus primitivus s. primarius —
pirminis džiovos židinys.

Furunculus —
šunvotė, smailiavotė, pykutė, skaudė; l e n k. czyrak.

Gangraena pulmonum —
plaučių gangrena, puvimas, griuvimas, irimas (anot Marijampolės seno gydytojo d-ro S m o l s k i o, Veliuonos baudžiauninko sūnaus, plaučiai yra, kaip marškiniai, bet ne genda); l e n k. zgorzel płuc.

Glanditis lymphatica —
limfinių liaukų arba limfliaukių uždegimas. Žiūr. **Lymphadenitis.**

Habitus (corporis) —
povyza, sudėjimas, sudėtis; dar galima vadinti a p k ū n i s, -io, a p k ū n ė, -ės (vok. Körperbau, Körpers-Konstitution) [žodynuose a p k ū n i s (-io) nėra; yra tik a p k ū n u s (didelio, riebaus kūno žmogus)].

Habitus phthisicus —
džiovinis kūnas, džiovinis kūno sudėjimas, apsigimimas, kūno apsibuvimas, džiovinė konstitucija; prakaulinis, išdrykinis, siaurakrūtinis, džiūslinis kūno sudėjimas (tam sudėjimui apibūdinti dar sakoma: sudžiūvėlis, džiūsna, džiūsla, gyslapautis, ištįsėlis).

Haemophthisis —
kruvinoji džiova, kruvindžiovė.

Haemopneumothorax s. haemothorax —
plaučiaplėvės kraujavimas įpūčio atveju (su oro įpūtimu), su įpūta [sulyg. v ė j a p ū t a: „čia ne rauplės, tik tokia vėjapūta" (Pilviškiai)], kruvinasis įkrūtis.

Haemoptoe —
kraujais spjaudymas, kosėjimas, skrepliavimas, krankštimas, kriūnėjimas, kraujaspjūdis, kruvinspjūdis, kruvindžiovė.

Haemorrhagia pulmonum —
plaučių. iš plaučių kraujavimas, kraujasruvis, kraujaplūdis.

Haemotherapia —
gydymas krauju.

Haemothorax —
kraujo išsiliejimas plaučiaplėvės tuštime, kruvinasis įkrūtis, įplaučplėvis.

Hernia mediastini —
krūtinvidžio (kaip naktovidis, dienovidis) dumslė, kuila, kyla, trūkis, išvarža.

Heteroinfectio tuberculosa s. superinfectio s. reinfectio exogenes v. aerogenes —
džiovos išorinis atkritimas, atkrytis, atokrytis, atkrata (iš naujo apsikrėtimas).

Hilus —
plaučvarčiai.

Hilusitis —
įplaučvartės, plaučvarčių uždegys.

Hydropneumathorax interlobalis circumscripta —
plaučių tarpskiltinė (tarpskiautinė) ribota įpūta su išsunka.

Hydrothorax —
plaučiaplėvių vandenė; l e n k. puchlina opłucna.

Hyperallergia —
persialerginimas, peralerginimas, perdidelė alergija, peralergis, -ė.

Hypersympathicotonia —
hipersimpatikotonija.

Ictus imunisatorius —
antigeninis smūgis.

Immunisatio —
atsparinimas, imuninimas, imunizavimas.

Immunitas —
atsparumas, atspara, imuniškumas.

Indicatio therapeutica —
gydomasis įsakmas, gydomasis nurodymas.

Induratio —
grūdinimasis, v o k. Abhärtung.

Induratio pulmonis circumscripta —
plaučių ribotas (su)kietėjimas.

Induratio pulmonis progressiva —
plaučių pažanginis (su)kietėjimas.

Infectio tuberculosa —
užsikrėtimas, apsikrėtimas džiova arba džiūtimi.

Infiltratio perifocalis primitiva tuberculosa —
pirminis džiovos apyžidininis patvinkimas, aptvinkimas, apsiurvimas, pasiurvimas, persigėrimas, apsema, pasema (t. y. apsemta, pasemta vieta. B a l č i k o n i o žod.).

Inflammatio collateralis —
pašoninis, aplinkšoninis, šalutinis uždegimas, aplinkinis uždegimas.

Inflammatio perifocalis —
aplinkžidininis uždegimas, uždegimas (uždegis) aplink džiovos židinį.

Insufficientia circulatoria —
kraujotakos netesėjimas, nepajėgumas, nepakankamumas, nepajėgtis, nepakaktis.

Irritatio curandi causa —
dirginamasis, jaudinamasis gydymas.

Juxtascissuritis pulmonum tuberculosa —
plaučių įkarpinis džiovos uždegimas (prie plaučių įkarpų esąs).

Letalitas tuberculosa —
džiovos marumas, mirštamumas (iš šimto džiova sirgusiųjų ta liga mirusių metinis skaičius).

Lymphadentis tuberculosa —
limfliaukių džiovinis uždegimas, džiovinis įlimfliaukis (-ės).

Lymphangitis pulmonum tuberculosa —
limfagyslių džiovinis uždegimas.

Lupus —
vilkligė, vilkograuža, vilko nuograuža.

Mediastinum —
krūtinvidis, tarpuplaučiai, plaučių tarpas, tarpusienis.

Meningitis tuberculosa —
džiovinis meningitas, smegenplėvių džiovinis uždegimas.

Morbiditas tuberculosa —
džiovos ligotumas (džiova sergančiųjų metinis visuose gyventojuose procentas), susirgimų džiova metinis dažnumas arba, tiesiog, džiovos dažnumas, džiovligės dažnumas.

Morbus (malum) pulmonum aerocysticus —
plaučių orapūslės, plaučių orpūslės, plaučių orpūslinė; franc. la maladie cystique des poumons.

Mortalitas tuberculosa —
džiovos mirtingumas (10.000 arba 100.000 gyventojų).

Naegeli'o dėsnis —
beveik visuose suaugusiųjų lavonuose randama džiovos žymių (Šveicarijoje 96—97%), t. y. beveik visi suserga džiova.

Neoplasma pleurae —
plaučiaplėvių auglys.

Neoplasma pulmonum —
plaučauglis.

Neutralisatio —
neutralinimas, nutrenkimas [„šarmas nutrenkia rūgštį“ (apie Marijampolę)]. numalšinimas.

Obliteratio cavi pleurae —
plaučiaplėvių tuštimo užakimas, užaugimas.

Oeuvre Grancher —
Grancher'o sistema (iš užkrėstų tuberkuliozinių židinių vaikų kėlimas į sveikas kaimiečių šeimas, pradžia 1903 m.).

Oleothorax —
krūtinės aliejinimas, alyvinimas, aliejakrūtis, -ė, alyvakrūtis, -ė; lenk. otok olejowy.

Pantuberculosis inflammatoria maligna —
viso kūno piktybinė uždegiminė džiova, piktoji perdėminė, ugninė džiova.

Paraallergenum —
paralergenis (nedžioviškas veiksnys, sukeliąs nespecifišką atsiliepimą apie džiovinį židinį).

Paracoccoidosis, pericoccosis tuberculosa s. paracoccoidis specifica s. bronchoadenitis, bronchoadenopathia tuberculosa —
džiovinė parakokozė.

Paratuberculosis bacillosa, coccosa s. epituberculosis (kai specifiškos lazdelytės arba kokai esti sandariai suvarškėjusiose vietose apkalkėjusios ir nuo kūno visai atskirtos) —
lazdelinė arba kokinė priedžiovė, įdžiovė (sulyg. indievė, netikroji dievė arba deivė).

Parenchyma pulmonum —
plaučių minkštimas, minkštimai.

Pericardium —
širdžiaplėvė, širdžiamarškis, -ė (apie Ukmergę marška = marškiniai), širdapvalkis, krytis, grytis, širdžiamaišis.

Peripleuritis —
aplinkinis, apsupinis plauč(ia)plėvių uždegimas.

Peritoneum —
pilvaplėvė, sidabraplėvė, sidabrinė (kiaulės) plėvė (apie Sasnavą nugirsta);

dar galima sakyti: aplinkžarnė, isnauja, čepčiaus plėvė (omentum majus), aplinkvėdarė, aplinkgrobė (plėvė), bet bendrinis šitos plėvės pavadinimas bus pilvaplėvė.

Peritonitis tuberculosa —
pilvaplėvės džiovinis uždegimas, sidabraplėvės uždegimas.

Phrenicoexhaeresis, phrenicoectomia —
pertvarnervio išplėšimas, išrovimas, perpjovimas.

Phrenico-alcoholisatio —
pertvarnervio (i)alkoholinimas.

Phthisis pulmonum caseosa —
plaučių varškinė džiova.

Phthisis pulmonum caseosa primitiva —
plaučių varškinė pirminė džiova.

Phthisis pulmonum cavitaria stationaris —
plaučių urvinė pastovioji džiova.

Phthisis pulmonum communis —
paprastoji visų plaučių džiova.

Phthisis pulmonum communis isolata s. bronchopneumonia tuberculosa chronica —
paprastoji plaučių lėtinė arba ilginė (chroniškoji), izoliuota džiova.

Phthisis pulmonum comsumptiva s. desperata —
plaučių nykulinė arba beviltinė džiova.

Phthisis pulmonum fibro-caseosa incipiens secundaria —
prasidedanti antrinė randėjamoji (rietėjamoji) bei varškėjamoji plaučių džiova.

Phthisis pulmonum florida caseosa —
plaučių žydinčioji varškinė džiova.

Phthisis pulmonum pubertatis —
jaunatvės, jaunatvinė, jaunuolių džiova.

Phthisis pulmonum senilis —
senių arba senatvės (senatvinė) plaučių džiova.

Phthisis pulmonum ulcero-fibrosa chronica —
ilginė arba lėtinė (chroninė) irstamoji (geliamoji) bei randėjamoji (randinė) plaučių džiova („jo plaučiai = sutrešę, suirę, sugriuvę, sugelti", apie Marijampolę).

Pityriasis tabescentium —
pasibaigėlių, sunykėlių odos šiupėjimas, šiurpa.

Pityriasis versicolor —
rudpleiskanės; kitaip dar girdėta: rudoji kūno padlica (slav.).

Pleuritis —
plauč(ia)plėvių, apyplaučių, plauč(ia)maišio, plauč(ia)marškio uždegimas, įplaučplėvis.

Pleuritis apicalis —
plauč(ia)plėvių viršūnės uždegimas, viršūninis įplaučplėvis (-ės).

Pleuritis basalis —
plaučiaplėvių apatinis (dugninis) uždegimas.

Pleuritis diaphragmatica —
plaučiaplėvių pertvarinis uždegimas.

Pleuritis exsudativa —
plaučiaplėvių išsunkinis, drėgninis, šlapiasis, pasukinis uždegimas.

Pleuritis idiopathica —
savaiminis plaučiaplėvių uždegimas.

Pleuritis interlobalis —
plaučiaplėvių tarpskiautinis (tarpskiltinis) uždegimas.

Pleuritis sicca —
plaučiaplėvių sausinis uždegimas.

Pleuritis toxica —
nuodinis plaučiaplėvių uždegimas.

Pleuritis tuberculosa —
džiovinis plaučiaplėvės uždegimas:

a) **pl. tbc. mixta** —
džiovinis plaučiaplėvės mišrusis uždegimas;

b) **pl. tbc. primaria** —
džiovinis plaučiaplėvės pirminis uždegimas;

c) **pl. tbc. purulenta** —
džiovinis plaučiaplėvės pūlinis uždegimas;

d) **pl. tbc. putrida** —
džiovinis plaučiaplėvės pūvamasis (puvinis) uždegimas.

e) **pl. tbc. secundaria** —
džiovinis plaučiaplėvės antrinis uždegimas;

Pastaba. Gal visokiems plaučiaplėvės arba pleuros uždegimams tiktų terminas ipleuris arba iplaučplėvis, kaip kad yra pavadinimas inosės (nosies gilumos uždegimas, daugiausia vartojamas arklių ligai malleus humidus pavadinti)?

Pneumoconiosis —
plaučių įdulkimas, įdulkis, perdulkimas; (**anthracosis** — įanglėjimas, peranglėjimas; **chalicosis** — įsmėlėjimas, persmėlėjimas).

Pneumonia —
plaučių uždegimas, uždegis, -io, įplautis, -čio, įplautės, implautis.

Pneumonia caseosa acuta tuberculosa —
plaučių ūminis varškinis džiovos susirgimas (įplautis).

Pneumonia desquamativa tuberculosa (Buhl) —
šiupamasis džiovinis įplautis.

Pneumonia epituberculosa (phthisis congestiva, pneumonia massiva tuberculosa, splenopneumonia tuberculosa, epituberculosis, paratuberculosis, pneumonia coccoides specifica) (—tai vis vieno susirgimo pavadinimai; jis palyginti gėrybinis, be tbk. bacilų, įtariama džiovinių kokų padarinių esant) —
liet. pavadinimai: džiovkokių prieždinis įplautis arba plaučių uždegimas (priežda — tam tikra vieta prie pečiaus židinio. Sereiskio žod.); lenk. zapalenie płuc przygruźlicze, arba koloogniskowe.

Pneumonia lobaris tuberculosa chronica —
įsisenėjęs skiautinis (skiltinis, vienskiautinis) plaučių pirminis uždegis arba įplautis.

Pneumothorax —
krūtinės įpūta, krūtinpūta.

Pneumothorax artificialis —
dirbtinė įpūta (sulyg. vėjapūta, Pilviškiai), dirbtinė krūtinpūta.

Processus tuberculosus proliferus —
gamybinis arba kūrybinis arba taisomasis džiovinis procesas ar eiga.

Pyothorax —
plaučiaplėvių pūlinys.

Pyothorax multilocularis —
daugiaakis (daugianarvis), daugializdis (-inis) plaučiaplėvių pūlinys.

Reactio —
mėginys, atoveiksmis, atoveiksnis, atveikis, atliepis, reakcija, reagavimas.

Reactio erythrocitica (sedimentaria) (Westergreen'o, Biernacki'o) —
kraujakrislių mėginys (reakcija), kraujakrislių nugulimo ar nusėdimo mėginys (reakcija), arba atoveiksmis (atoveiksnis, atveikis);
lenk. odczyn opadania krwinek albo sedymentacja krwinek.

Recidivus (morbi) —
atpuolis, atkrytis, atoligis, apenta, atkrata.

Reinfectio —
kartotinis užsikrėtimas, apsikrėtimas.

Rentgenographia —
rentgenpaiša, rentgenraščiai, rentgentraukos, rentgeno nuotraukos.

Resorbtio —
įsisiurbimas, susisunkimas.

Retractio thoracis —
krūtinės susitraukimas, persimetimas.

Ruptura mediastini —
krūtinvidžio trūkis, kyla, išvarža, džiovinė ūminė kraujotarša.

Sepsis tuberculosa acuta (typhobacilosis) (Landouzy) —
džiovos antkryčiais kraujo ūminis užteršimas, užtarša.

Simulatio —
apsimetimas (simuliantas — apsimetėlis).

Sinus phrenico-costalis —
pertvaros pašoninis užantis.

Speculum —
žiūronas, žiūrėtuvas.

Spondylitis tuberculosa —
stuburdžiovė.

Sputum —
skrepliai, išspjaudos, spjaudalai, atkosos, iškosos, atkosuliai.

Sudor colliquativus s. profusus —
pilamieji, liejamieji, baugūs prakaitai.

Sudor nocturnus, matutinus s. antilucanus —
naktiniai, aušriniai prakaitai (yra čigoniški prakaitai, Marijampolė).

Superinfectio (reinfectio) tuberculosa —
džiovos antkryčiu (užkratu) kartotinis užsikrėtimas, apsikrėtimas.

Thoracocaustica —
plaučiaplėvių suaugimų nudeginimas.

Thoracoplastica —
krūtinės plastika.

Thorax paralyticus —
sausa, silpna, plokščia, siaura, įdubusi krūtinė.

Toxaemia tuberculosa —
džiovinis kraujo apsinuodijimas, džiovinkraujė.

Trauma respiratorium —
alsuojamasis, kvėpuojamasis plaučių pažeidimas, sužeidimas.

Tuberculinum —
džiovos bacilų ištrauka, tuberkulinas, kurį pirmutinis atrado ne R. Koch, bet Krokuvos prof. O. Buivydas (**Reactiones tuberculini** — tuberkulino atoveiksmiai).

Tuberculois, — oidis —
tuberkuloidas, t. y. tam tikras džiovinis susirgimas (pvz., kaikurie artritai), sukeltas ne tuberkuliozinių bacilų, bet specifiškų džiovinių kokų, džiovos pavidalas.

Tuberculosis —
iki šiol tai yra bendrinis džiovos ligos lotyniškas pavadinimas, kuris kai buvo sužinotos naujos džiovos antkryčio (užkrato) formos ir kai pastebėta, jog ne visuose džiovos susirgimuose esti džiovos grūdelių arba tuberkulų, nustojo tikrojo tai ligai vardo reikšmės. Dabar yra ieškomas naujas vardas; kaikas perša morbus Kochi (Koch'o liga). Lietuviai galėtų apsieiti džiovos ar džiūties pavadinimu, atmetę tuberkuliozės vardą.

Tuberculosis adiposa —
pertukėlių, nutukėlių džiova.

Tuberculosis apicalis tarda —
plaučių vėlyvinė viršūnių džiova.

Tuberculosis bovina —
galvijų džiova, kurios antkrytis (typus bovinus) yra ir žmonėms pavojingas, nuo žmogaus džiovinio antkryčio (typus humanus) skiriasi.

Tuberculosis chronica —
įsibuvusi, įsisenėjusi, ilginė, ilgybinė, lėtinė džiova, k. a.:

a) **affectio tuberculosis primitiva occulta** —
pirminė slaptadžiovė;

b) **bronchopneumonia tuberculosa primitiva circumscripta** —
apribotas, aprėžtas, pirminis bronchų (plaučiašakių) bei plaučių džiovinis uždegimas;

c) **focus tuberculosis primitivus solitarius, juxtapleuralis, mediastinalis**—
pirminis pavienis, priepleurinis, krūtinvidinis džiovos židinys;

d) **lobitis tuberculosa primitiva** —
plaučių džiovinis įskiautis (skiauto, skilties uždegimas);

e) **tuberculosis glandulo-pulmonalis primitiva** —
džiovinis plaučių bei plaučiaukių uždegimas (įplautis bei iliaukis), ir dar kiti įsisenėję, įsibuvę, užsitęsę, ilginiai, lėtiniai džiovos susirgimai.

Tuberculosis congenitalis —
įgimtinė (įgimtoji) džiova labai retas kūdikių, užsikrėtusių džiovos virusu dar motinos įsčiuje, susirgimas.

Tuberculosis conjugalis —
sutuoktinė džiova, kai vienas susituokėlių užsikrečia nuo antrosios pusės.

Tuberculosis extrapulmonalis —
ne plaučių džiova.

Tuberculosis glando-pulmonalis —
plaučialiaukių džiova, kaip, pvz.:
infiltratio primitiva perihilaris — pirminė plaučiavarčių džiovos (džiovinė) apsema (žiūr. **infiltratio tuberculosa**).

Tuberculosis laryngis —
gerklų džiova.

Tuberculosis miliaris —
grūdelinė džiova, soradžiovė (milium — soros augalo grūdas; l e n k. proso, o tbc. miliaris liga — prosówka).

Tuberculosis primaria —
pirminė džiova, k. a.:

a) **erythema nodosum initiale et recidivum** —
pradinė raudonmazgė ir kartotinė džiovinė raudonmazgė;

b) **meningitis tuberculosa** —
smegenplėvių džiovinis uždegimas;

c) **pleuritis serofibrinosa** —
plaučiaplėvės sero-fibrininis uždegimas (plaučių serofibrininis įplėvis);

d) **tuberculosis miliaris**, ir kt.

e) **tuberculosis pulmonum postinitialis curabilis** —
plaučių popradinė išgydomoji džiova;

Tuberculosis pubertatis —
jaunatvės, subrendimo džiova.

Tuberculosis pulmonum abortiva —
nutrauktinė džiova, greitoji išgydoma džiova.

Tuberculosis pulmonum communis chronica (bronchopneumonia tbc. chronica, phthisis pulmonum ulcero-fibrinosa chronica) —
paprastoji plaučių ilgybinė (lėtinė, chroniškoji) džiova.

Tuberculosis pulmonum fibrosa densa localisata —
plaučių fibrininė (randinė) įsivietėjusi tirštoji džiova.

Tuberculosis pulmonum fibrosa diffusa —
plaučių išsiliejusi, paplitusi, patvinusi, patilžusi, fibrininė (randinė) džiova.

Tuberculosis pulmonum inactiva —
plaučių neveiklioji džiova (apgesusi, apgesinta).

Tuberculosis pulmonum juvenilis —
jaunuolių, jaunatvės džiova.

Tuberculosis pulmonum latens —
plaučių slaptoji (slaptinė) džiova.

Tuberculosis pulmonum miliaris discreta (chronica) —
plaučių grūdelinė (sorinė) įsivietinusi, vietinė, apribota džiova (ilginė, lėtinė); lenk. gruźlica płuc prosówkowa ograniezona.

Tuberculosis pulmonum miliaris lympho-haematogenes —
sorinė (grūdelinė) iliaukinė bei įkraujinė džiova.

Tuberculosis pulmonum obsoleta —
plaučių išgydoma džiova.

Tuberculosis pulmonum senilis —
senatvės (senatvinė) plaučių džiova.

Tuberculosis pulmonum stationaris —
plaučių apsistojusi, pastovioji, pastovinė džiova.

Tuberculosis secundaria —
antrinė džiova.

Tuberculosis serosa —
siurvinė arba išrūginė, arba pasukinė džiova; lenk. pasocznica, osoka; rus. сыворотка.

Tuberculosis tertiana —
tretinė džiova.

Tuberculum —
mazgelis, gruoblelė (gruoblė, grublė), grūdelis, džiovasėklė, džiovagrūdis, kankorėžėlė, sorelis, kauburėlis.

Tussis —
kosulys.

Ulceratio pulmonum —
plaučių irimas, griuvimas, skylėjimas, duobėjimas, trėšimas, gedimas, opėjimas, puvimas.

Ultravirus tuberculosus —
džiovinis ultravirus, neregimosios džiovos antkrytis, (ultraantkrytis, ultrauźkrėtis), anapusinis antkrytis, užkrytis.

Virulentus —
virulentinis, piktybinis, veiklinis, -usis.

Virus —
antkrytis, užkrytis, užkratas.

Naudotoji literatūra.

1. Autoriaus lietuvių žmonių medicinos kartoteka (1901—1941 metų rankraštis).
2. Balčikonis, J.: Lietuvių kalbos žodynas. I t. A—B. Vilnius, 1941.
3. Baronas, J.: Rusiškai lietuviškas žodynas. I laida. Kaunas, 1924.
4. Bobrowski, Florjan, ks.: Słownik lacinsko — polski. Wilno, I t. 1908, II t. 1910.
5. Garnier, M. et Delamare, V.: Dictionaire des termes techniques de médicine. Paris, 1920.
6. „Kova su džiova". Kaunas, 1926—1928 ir 1921—1934, 1935, 1936, 1937, 1938, 1939, 1940 I ir II d., 1941.
7. „Medicina" ir „Lietuviškoji Medicina". Kaunas, 1920—1942.
8. Orłowski, W., med. dr.: Patologja i terapja szczegółowa. Choroby wewnętrzne. T. II. Choroby narządu oddechowego i śródsierdzia. Część II. Choroby opłucnej i gruźlica płuc. Choroby śródpiersia. Warszawa, 1938.
9. Sereiskis, B.: Lietuviškai rusiškas žodynas. Kaunas, 1933.
10. Wierzbicki, R.: Historja słownictwa lekarskiego polskiego. Poznań, 1924.
11. Žilinskis, J.: Splanchnologija.

Gyd. A. Josiukas.

Alytaus sanatorijos kurimasis ir jos veikla iki 1941 metų gruodžio mėn. 31 d.

(Sanatorijos direktorius — d-ras J. Runkevičius).

Draugijos Kovai su Tuberkulioze Alytaus skyrius, vadovaujamas kun. M. Jonaičio, surinkęs per tbc. dispanserį žinių apie atvirąja forma sergančius džiovininkus, apie jų, ypač beturčių, skurdų gyvenimą, ryžosi Alytuje įsteigti šitiems nelaimingiesiems ligoninę — prieglaudą (azilių). Tuometinės miesto savivaldybės ir Dr. K. T. Centro Valdybos pritarimu bei pagelba 1936 m. sausio mėn. 25 d. šita įstaiga buvo atidaryta. Pirmieji šitos įstaigos globojamieji buvo Alytaus miesto beturčiai, sergą atvirosios plaučių tuberkuliozės sunkia forma. Vėliau ligoniai buvo atsiunčiami į šitą ligoninę-prieglaudą ir iš kitų Lietuvos vietų bei sanatorijų. Jau tų pačių metų vasarą Alytaus šilelyje pastatyta 16 vasarinių namelių, vasarinėmis vadinamų, kuriuose gydytis buvo vietų 35 džiovininkams. Per šituos metus gydėsi 49 ligoniai, kurie išgulėjo 3.321 dieną.

1937 m. pastatytas pirmasis žiemą gyventi pritaikytas medinis namas-vila, kuris įvardytas Birutės vardu. Sekančiais metais pastatytas antrasis namas — Gražina. Be to, dar pristatyta 10 vasarinių.

1939 m. pastatytas trijų aukštų mūrinis centrinis, su visais patogumais, verandomis, visiems sanatorijos reikalavimams pritaikytas namas, pavadintas Jūros vardu. Dar tais pačiais metais pastatyta 10 vasarinių. Tuo būdu sanatoriją dabar sudaro trys namai, kuriuose yra 150 lovų, ir 36 vasarinės su 80 lovų. Visa tai padaryta per 4 metus.

Tai atliko D. K. T. Alytaus skyrius, vadovaujamas nepalaužiamos energijos vyro — kun. M. Jonaičio. Juk reikia žinoti, kad buvo kuriama iš „nieko". Buvo kuriama iš pajamų, surinktų rinkliavomis, loterijomis, kinais, leidiniais, paskaitomis, įdėto kapitalo pelnu, be to, D. K. T. Centro Valdybos ir kitų įvairiomis pašalpomis bei paskolomis.

Sanatorijai dar stoka skalbyklos. Bet jei 1940 metais nebūtų įvykęs mūsų nepriklausomo gyvenimo palaužimas, reikia tikėtis, kad ir šitas trūkumas greitu laiku būtų buvęs pašalintas.

Sanatorijos kvadratūra ir kubatūra.

Visų sanatorijos pastatų bendra kubatūra	9.760 m³
Visų sanatorijos pastatų vidaus kubatūra	8.100 m³
Visų sanatorijos pastatų vidaus grindų plotas	2.518 m³

Iš jų tenka:

a) vienai etatinei lovai grindų ploto ..... 7 m², oro kubatūros 23 m³
b) maksimalaus lig. skaičiaus atveju 1 ligoniui 4 m², „ „ 13 m³
c) vidutinio ligonių skaičiaus atveju „ 10 m², „ „ 30 m³

Sanatorijos veikla.

Sanatorijos veiklą, ligonių judėjimą bei jų suskirstymą iki 1941. XII. 31 d. pavaizduosiu keliomis stastitinėmis lentelėmis*).

Reikia pastebėti, kad 1941 metais sanatorijoje buvo gydomi ne tik džiovininkai, bet ir karo sužeistieji; o nuo XI. 1 d., kilus dėmėtosios šiltinės epidemijai, buvo čia įsteigtas ir infekcinis skyrius. Tuo būdu 1941 m. iš viso gydėsi 1.124 ligoniai, kurie išgulėjo 41.465 dienas. Gi per visą aprašomąjį laikotarpį gydėsi 2.611 ligonių.

*) Į stat. lenteles neįrašyti 1936 m. ligoniai, nes apie juos stinga reikiamų duomenų.

I-oji lentelė.

Ligonių skaičius metais, jų suskirstymas atvirąja bei uždarąja plaučių tbc. forma, lytimi ir kt.

Metai	Bendrinis ligonių skaičius	Atviroji pl. tbc. (KB+)	%	Uždaroji pl. tbc. (KB—)	%	Vyrų	%	Moterų	%	Išgulėtų dienų skaičius	Vidutiniškai ligoniui tenka dienų
1937	144	71	49,3	73	50,7	84	58,3	52	36,1	16.088	111
1938	278	126	45,3	152	54,3	164	59	102	36,7	29.847	107
1939	484	232	47,9	252	52,1	258	53,3	173	35,7	45.876	94
1940	676	297	43,9	379	56,1	356	52,7	256	37,9	51.154	75
1941	615	352	57,1	263	42,8	374	60,8	241	39,2	35.249	57
Iš viso	2.197	1.078	49,1	1.119	50,9	1.236	56,2	824	37,5	178.214	81

Iš 1-osios lentelės matome, kad kas metai ligonių skaičius augo. Ligonius skirstant į tbc. atvirąją ir uždarąją formą, buvo remtasi vien mikroskopišku skreplių tyrimu. Uždaroja forma sirgo 1,8% daugiau negu atvirąja. Skirstant ligonius lytimi, vyrų gydėsi 18,7% daugiau negu moterų. Vidutiniškai imant, vienas ligonis sanatorijoje išgyveno apie 2½ mėn.

2-oji lentelė.

Ligonių suskirstymas pagal amžių.

Bendrinis suaugusiųjų skaičius	Amžius						
	15—30 mt.	%	31—45 mt.	%	Virš 45 mt	%	Iki 14 mt.
2.153	1.244	57,8	731	33,9	178	8,3	44

2-oji lentelė nurodo, kad didesnė pusė (57,8%) ligonių buvo jauno amžiaus. Kiek mažiau (33,9%) vidutinio amžiaus. Turinčių daugiau kaip 45 metus gydėsi labai nedaug (8,3%).

3-ioji lentelė.

Ligonių suskirstymas pagal kilimo vietą.

1.	Iš Alytaus apskr.	508 lig.	
2.	„ Biržų apskr.	20 „	
3.	„ Kauno m. ir apskr.	472 „	
4.	„ Kėdainių apskr. ..	108 „	
5.	„ Kretingos apskr. ..	13 „	
6.	„ Lazdijų (Seinų) aps.	86 „	
7.	„ Marijampolės apskr.	226 „	
8.	„ Mažeikių apskr.	14 „	
9.	„ Panevėžio apskr. ..	166 „	
10.	„ Raseinių apskr.	36 „	
11.	„ Rokiškio apskr.....	26 „	
12.	„ Šakių apskr.	26 „	
13.	Iš Šiaulių apskr.	208 lig.	
14.	„ Tauragės apskr. ..	37 „	
15.	„ Telšių apskr.	21 „	
16.	„ Trakų apskr.	9 „	
17.	„ Ukmergės apskr. ..	40 „	
18.	„ Utenos apskr.	39 „	
19.	„ Vilkaviškio apskr.	82 „	
20.	„ Vilniaus m. ir apskr.	31 „	
21.	„ Zarasų apskr.	10 „	
22.	„ Užsienių	22 „	
	Iš viso.....	2.197 lig.	

Iš šitos lentelės matome, kad sanatorija daugiausia aptarnavo Alytaus (508), Kauno (472), Marijampolės (226), Šiaulių (208), Panevėžio (166), Kėdainių (108) miestus bei jų apylinkes.

4-oji lentelė.

Sanatorijos svarbesni metiniai veiksmai.

Metai	Rentgeno nuotraukos	Peršvietimai	Prad. pneumothorax'ai	Pn-x'o papildymai	Torakokaustikos	Phrenicus'o operacijos	Torakoplastikos	Endokaverninės aspiracijos (Monaldi)
1938	499	48	51	612	—	—	—	—
1939	645	587	125	1.735	—	—	—	—
1940	709	1.429	118	1.753	11	4	—	1
1941	197	1.551	112	1.643	13	2	1	—
Iš viso....	2.050	3.515	406	5.743	24	6	1	1

Šita lentelė sudaryta tik nuo 1938 metų, nes tik šitais metais buvo įsigytas sanatorijai rentgenas. Prieš rentgeno įsigijimą buvo gydoma konservatyviai, išskiriant pavienius atsitikimus. Įsigijus rentgeną, pradėta taikyti kolapsinė terapija, o nuo 1940 m. įvestos visos šių laikų modernios plaučių chirurgijos intervencijos, pvz., endokavitarinė aspiracija pagal Monaldi.

5-oji lentelė.

Sanatoriją aptarnavęs personalas.

Metai	Gydytojai	Gydyt. praktikantai	Seserys	Kitas personalas
1937	1	1	2	13
1938	1	1	3	25
1939	2	—	4	21
1940	3	3	6	34
1941	5	—	8	46

Išvados.

Visa trumpai suglaudus, galima pasakyti:

Nuo 1936 m. iki 1939 m. Alytuje visais atžvilgiais tinkamoje kurortinėje vietoje įsteigta grynai iš privatinių lėšų D. K. T. draugijos moderni plaučių tbc. sanatorija.

2. Sanatorijoje taikomi visi šių dienų modernios plaučių tbc. gydymo būdai.

3. Nuo 1936 m. iki 1942 m. buvo gydyta 2.611 ligonių. Iš jų sergančių atvirąja plaučių tbc. 1078.

4. Didžiausia ligonių dalis gydėsi 1941 m,, būtent, 1.124 lig.

Referatai.

PLAUČIŲ TUBERKULIOZĖ.

1. Med. d-ras Beekmann: **Beitrag zur Aktivitätsdiagnose der Lungenspitzentuberkulose.** („Dtsch. Tbkbl." 1942 m. 9 nr.).

Plaučių tuberkuliozės rentgenodiagnostika patobulėjo ypatingai paskutiniais metais. Sluogsninės (tomografinės) nuotraukos pagalba pavykstą surasti ir išdiferencijuoti tokie tbk. pakitimai, kurie paprastam rentgeno tyrimui neprieinami. Paprastos nuotraukos pagalba sunku pažinti kavernos, kada dar nėra atsiskyrusios nuo aplinkinių audinių, kada jos yra už pleuros sustorėjimų. Ir sluogsninėje nuotraukoje reikią turėti patyrimo, ypač kada tuberkuliozinės kavernos reikia atskirti nuo bronchų ektazijų, plaučių cistų, emfizeminių tuštimų. Tuberkuliozinės kavernos diagnozei reikią įrodyti žiedinis šešėlis, kuris, pasak Kremer'o ir Retzlaff'o, neturįs būti per švelnus. Apsuptoje žiedu prošvaistėje neturį būti pertvarų, nes tat rodo emfizeminius tuštimus. Lengviausia esą pažinti kavernos, kai jos yra infiltruotos srities viduje.

Ypatingos vertės sluogsninės nuotraukos turinčios plaučių viršūnių tuberkuliozinėms kavernoms surasti (Freese, Henningsen, Kremer, Offergeld, Retzlaff ir kt.). Paprastai peršviečiant čia dažnai nieko nerandama, o sluogsninė nuotrauka parodanti labai daug. Atsiminus tai, kad viršūnių srityje esąs palyginti siauras tuštimas, kad šitą sritį labiau dengią šonkauliai ir storas raumenų sluogsnis, esąs suprantamas ir rezultatų skirtumas tarp paprastos ir tomografinės nuotraukos.

Paprastomis tyrimo metodėmis, net esant grynoms kaverninėms formoms, sunku esą nustatyti ligos aktyvumas. Kraujo nusėdimas čia būnąs normalus, skrepliuose bacilų buvimas sunkiai pavykstą įrodyti. Esant tokiems duomenims, galima padaryti klaidingų išvadų — tokios formos laikyti neaktyviomis ir bereikšmėmis. Toliau autorius aprašo kelis atsitikimus su rentgenogramomis, kur kraujo nusėdimas yra normalus, skrepliuose bacilų nerandama, paprastu būdu peršviečiant viršūnėse nerandama griuvimo reiškinių. Šitų atsitikimų anamnezėje figūruoja kraujavimai iš plaučių ir pneumothorax'ai. Šitų formų aktyvumui nustatyti daug padedanti sluogsninė nuotrauka. Jose aiškiai buvę rasta griuvimo židinių, o vienu atsitikimu net kaverna viršūnėje. Autorius mano, kad tokie atsitikimai, kur viršūnėse yra kavernų ir griuvimo židinių, ir tai nepastebima paprastu peršvietimu, esą gana dažni. Kraujo nusėdimas pagreitėja tada, kai procesas nusileidžia į žemesnes plaučių dalis, į infraklavikulinę sritį. Kremer nurodo didelę reikšmę bronchų, kurie esą matomi kaip lygiagrečiai einą šešėliniai ruožai. Pagal Retzlaff'o patologo anatominius tyrinėjimus tokie šešėliniai ruožai rodą į uždegiminius broncho sienos pakitimus, o esant tuberkuliozei — ir proceso aktyvumą. Kiek šitas konstatavimas turėsiąs reikšmės proceso aktyvumui nustatyti, parodys ateitis. *V. Insoda.*

2. A. Sattler: **Die Lungentuberkulose des alten Menschen.** („Med. Welt." 1942 m. 33 nr.).

Autorius skiria 2 rūšis, būtent, „seną" tuberkuliozę, kurią senstąs žmogus yra įsigijęs dar jaunas būdamas, ir tokią, kuri savo prigimtimi yra gėrybiškesnė. Dažniausiai tenka susidurti su cirozine ir cirozškai-kavernine tuberkulioze, kuri gali trukti metus ir dešimtmečius. Priešingai šitoms yra grupė senatvinių tuberkuliozių, kurios faktiškai pasireiškia tik senatvėje ir, turėdamos ūminę ir eksudatyvinę eigą, duoda žymiai blogesnę prognozę. „Sena" tbc. del savo ilgos eigos gretimuose audiniuose palieka žymių pakitimų. Gydytojo diagnozė palengvinama tuo, kad dominuoją cirozinai pakitimai — perkusiškai ir auskultaciškai duoda būdingus garsus. Senatvinei tuberkuliozei (siauresne prasme) atsirasti pagrindą sudaro senilinės emfizemos sukelti plaučių pakitimai. Nuo šitos aplinkybės pareina fizinis nusilpimas; patognomoninių garsų

čia negirdėti, nes jie esti pasislėpę. Dažnai tokiais vėlyvais atsitikimais liga palaikoma chroniškų bronchitu ar bronchiektazijomis. Senatvėje neretai pasitaiko chroniški procesai plaučiuose, lydimi dažnai abscesų susidarymo. Tokie procesai gali pasireikšti įvairiausiomis formomis, kaip, pvz., pasikartojančiu kraujavimu, bronchiektazijomis ir neretai plaučių ar bronchų karcinomomis. Vis tik rūpestingo bakteriologiško, rentgenologiško ir bronchografiško tyrimo dėka galima nustatyti diagnozė. Senatvės tbc. gydymas yra dažniausiai konservatyvinis, higieniškai dietetinis, galų gale specifiškas imunizavimas įvairios virulencijos gyvų ir negyvų kultūrų vakcinomis. *J. Dičpinigaitis.*

3. Prof. W. Orłowski: **Tuberculosis pulmonum adiposa.** („Now. Lek." 1938 m., 5 nr.).

Džiova gali susirgti net ir nutukėliai.

Nutukėlių džiovai esanti būdinga ligos eiga, būtent, be toksinių reiškinių arba su labai nežymiais ir tiktai praeinamais toksiniais reiškiniais.

Kliniškame vaizde pirmiausia krinta į akis labai didelis nutukimas, nepaisant kartais plačiai išsivysčiusių plaučiuose džiovos pakitimų; tvirtai susiformavę griaučiai, ypačiai krūtinės ląsta, taippat stiprūs raumenys. Labai didelis kūno svoris neretai sumažėjąs ligos pablogėjimo metu, bet nežymiai ir greitai vėl išsilyginąs; užtat tolesnėse ligos stadijose svoris atkakliai laikąsis. Kūno svoris esąs ypačiai patvarus, kai nutukimas yra konstitucinis; svoris esąs mažiau patvarus, kai nutukimas pareinąs nuo permaitinimo. Retkarčiais svoris augąs ikipat mirties. Temperatūra esanti žema, nepaisant plačių pakitimų plaučiuose, paprastai taisyklinga. Apetitas esąs geras, net padidėjęs. Naktinių ir priešrytinių prakaitavimų paprastai nebūną.

Kosulys paprastai esąs nedidelis, nevarginąs; skrepliavimas menkas, nepaisant gausių karkalų plaučiuose. Dažnai ištinkąs dusulys, greičiausia del pakitusio širdies raumens (del nutukimo). Labai dažnai atsikosima skreplių su kraujais; kartais ištinkąs smarkus, net mirštamas, kraujavimas.

Objektyviai ištyrus plaučius, juose dažniausiai konstatuojami fibroziškai-kazeoziški pakitimai, labai dažnai su griuvimo reiškiniais (phthisis pulmonum fibroso-caseosa communis). Nepaisant plačių tuberkuliozinių pakitimų plaučiuose, Koch'o bacilų ir stingrių skaidulių skrepliuose palyginti retai teužtinkama.

Tvinksnis pareinąs daugiau nuo širdies raumens stovio, negu nuo toksemijos. Lytinių organų veikla dažnai sutrinkanti: netaisyklingos mėnesinės ir nevaisingumas (del kiaušdėčių nepakankamumo), lytinio potraukio sumažėjimas tiek vyrams, tiek moterims.

Ligos eiga esanti chroniška, lėta, bet palengvėle žengianti pirmyn. Liga paprastai užtrunkanti eilę metų, nepaisant išplitusių tuberkuliozinių pakitimų plaučiuose. Anksčiau mirtis galinti ištikti staiga del labai smarkaus kraujavimo iš plaučių kraujagyslių, tačiau dažniausiai del kraujo apytakos nepakankamumo, lydinčio pirmyn žengiantį plaučio audinio griuvimo procesą.

Diagnozė nustatoma taip, kaip ir apskritai plaučių džiova. Reikia tiktai jos nepražiopsoti; mat turėtina galvoje, kad ir nutukėliai gali susirgti plaučių džiova.

Prognozė. Liga galinti trukti eilę metų, nekliudydama net darbą dirbti; bet kartais galinti ištikti staigi mirtis del gausaus kraujavimo iš plaučių.

Gydant kreipiama dėmesio į tuberkuliozinio proceso ir į nutukimo gydymą. Reikią turėti galvoje, kad tokie ligoniai, gerai atrodydami, gali būti džiovos platintojais, ir todėl reikią jie pamokyti, kaip turi elgtis, kad kitų neužkrėstų džiova. Ligai paūmėjus, ypačiai pakilus karščiui, ligoniai turį ramiai gulėti lovoje ligi praeinant paūmėjimui. Šiaip nutukėlių džiovininkų gydymas esąs tokis pats, kaip ir apskritai susirgusių plaučių džio-

va. Jeigu didelis nutukimas perdaug apsunkina širdies darbą, tai reikia nutukimas mažinti, bet ne daugiau kaip po 2 kg per mėnesį. Tokiais atvejais taikytinas dietinis gydymas; nevartotina skydliaukės preparatų. *J. St.*

4. H. Deist: **Lungenkrankheiten im Felde.** (Plaučių ligos karo lauke) („Dtsch. Tbkl." 13 t. 11 sąs. 277 psl. ir 12 sąs.).

Autorius aprašo pneumonijas, eksudatyvinius pleuritus ir džiovą karo lauke. Smulkiau apsistoja ties eksudatyviniu pleuritu, apie kurį jis yra šios nuomonės: eksudatyviniu pleuritu, pirmąja džiovos manifestacija, susirgęs karys turįs būti tuojau intensyviai gydomas, po gydymo paleistinas 3 mėnesiams atostogų. Grįžusio atgal kario jau nebereikią siųsti į frontą, kadangi jis ten nebegalįs del sveikatos silpnumo eiti savo pareigų. *A. Vileišis.*

5. J. Sergo: **Über die Lehre von der Muskelatrophie bei der Lungentuberkulose** („Wien. Med. Wschr.", 1940 m., 2 nr.).

Autorius surinkęs daug medžiagos apie krūtinės ląstos asimetriją. Atitinkamai sutvarkęs, pastebėjo, kad beveik visos torakso deformacijos, jei tik jos nėra del griaučių anomalijų, esančios plaučių ir pleuros tuberkuliozės padariniai. Taip daug asimetrijų sklerozės, randėjančių procesų atvejais esą del odos ir paodinės narvelienos limfinės stazės. Paprastosios priežastys dažnai glūdinčios parietalinio pleuros lapelio srityje. Prasidedančios jos atsiradus subpleuraliai esančiam pirminiam židiniui ir vėliau didėjančios, susirgus parietalinei pleurai hematogeniniu arba kontakto keliu. Vis delto autoriui ne kiekvieną kartą pasisekdavę išpalpuoti raumenų atrofija, kurią yra aprašęs Pottenger. *J. Vileišis.*

6. Hartmann: **Kritische Betrachtungen zur Pneumothoraxbehandlung.** (Kritiškos pastabos del gydymo pneumotoraksu). („Dtsch. Tbk.-bl." 1942, 3 sąs.).

Jeigu gydymas pneumotoraksu per 30 metų nuo jo įvedimo yra padaręs revoliuciją tuberkuliozės gydyme, nereikią dabar jo pervertinti arba net mechaniškai taikyti kiekvienam tuberkuliozės susirgimui, kaip tai šiandien neretai pastebima. Jaunas gydytojas, matydamas šito gydymo metodės pasisekimus, linkstąs prie per didelio optimizmo ir tik įsigydamas ilgų patyrimų susitinkąs su neigiamais apsireiškimais. Nereikią užmiršti, kad galų gale kiekvienos tuberkuliozės eiga pareinanti nuo ligonio konstitucijos ir iš jos pareinančio reakcijos būdo. Konstitucija ir esanti vyriausia priežastis pneumotorakso pasisekimo ar nepasisekimo. Bet ir nepakankamas suaugimų pašalinimas, arba pavėluotas pneumotorakso padarymas, arba apskritai netikslus jo pravedimas ir netikslus jo komplikacijų (eksudato ir kt.) gydymas sudaręs jo nepasisekimo priežastis.

Į pneumotoraksą nereikią žiūrėti, kaip į paprastą injekciją; jis esąs susijęs su nemaža pavojų. Niekuomet jis neturėtų būti vertinamas kaip grynai techninis veiksmas, neturėtų būti schemiškai atliekamas. Pneumotorakso gydymas esąs menas; indikacija jam nėsanti universali, bet individuali. Jo technika reikią vispusiškai mokėti, norint išvengti oro embolijos ar spontaniško pneumotorakso ir kt. Kur reikalinga kaustika, ten ji ir būtinai turinti būti daroma; jokiu būdu negalima mėginti suaugimai nuplaišinti didesniu spaudimu leidžiant orą. Deja, neretai tenką matyti nepakankamai atliktų kaustikų. Gydytojas, kuris nesugeba kurios sunkesnės kaustikos atlikti, neturėtų bijoti ligonį perduoti kitai vietai, kur kaustika galėtų būti atliekama tinkamiau. Reikią ir turėti drąsos pneumotorakso gydymą nutraukti, jei jis pasirodo beviltiškas.

Ambulatorinio pneumotorakso sunkumai kylą iš to, kad ligonis, nebebūdamas stacionare, daugiau fiziškai darbuojąsis ir apskritai gyvenąs blogesnėse sąlygose, todėl oras greičiau rezorbuojąsis ir greičiau atsirandą suaugimų. Dažnai ir ligonis nesilaikąs nustatytų atpildymo terminų. Todėl pavojus pradurti kraujagyslę arba plaučius esąs didesnis, ir prieš kiekvieną pildymą ligonis turįs būti atsidėjus visomis kryptimis prašvie-

čiamas. Perveđant ligonį ambulatoriniam pneumatorakso gydymui, reikią gydąs gydytojas kuosmulkiausiai informuoti apie ligšiolinę ligos eigą, pridedant rentgeno nuotraukas. *Didžys.*

7. L. Rickmann: **Der heutige Stand der Kolapsbehandlung der Lungentuberkulose.** („Dtsch. Tbkbl." 13 tom. 11 sąs.).

Dar ir šiandien pneumotoraksas yra geriausia ir labiausiai ligonio sveikatą tausanti priemonė plaučių tbc gydyti. Tačiau, tiesą pasakius, ligoniui perdaug išsekus, esant dideliam kraujo apytakos silpnumui, kvėpuojamajam nepakankamumui (respiratorinei insuficiencijai), stipresnei emfizemai, chroniškam bronchitui su bronchiektazijomis ir senesniems pacientams pneumotorakso uždėjimas esąs betikslis. Taippat pneumotoraksui kontraindikacija esanti virškinamųjų takų ir abiejų inkstų tuberkuliozė; gerklų tuberkuliozė nė kiek nekliudanti šitai intervencijai. Pilno veikimo tegalima esą laukti tais atvejais, kai visiškai suspaudžiama serganti plaučių dalis, o to kartais pasiekti galima tik padarius kaustiką. Kai del oleothorax'o, tai čia galima skirti plaučius suspaudžiąs, suaugimus trukdąs ir dezinfekuojąs veikimas. Plastikos operacijų srityje pastaruoju metu patirta ir įvesta daug pagerinimų, ypač plaučių viršūnių ir viršutinių skilčių plastikoje Diafragmos paralyžius rečiau tedaromas, nors pastaroji priemonė daug padedanti tais atsitikimais, kai kavernos yra apatinėje, arba vidurinėje skiltyje ir ypač hilių artumoje. Ekstrapleurinė pneumolizė esanti tarpininkas tarp pneumotorakso ir plastikos. Apie ją dar nedaug kas tegalima pasakyti, tačiau ji verta didelio susidomėjimo. *A. Vileišis.*

8. M. Castex u. E. Mazzei: **Über gutartigen Spontanpneumothorax, tuberkulösen Spontanpneumothorax und spontanen Hämopneumothorax.** („Schweiz. Med. Wschr.", 1940 m., 1 nr.).

Kliniškai spontaniniai pneumotoraksai pagal jų kilmę galį būti skirstomi į savaiminius pneumotoraksus plaučių tuberkulioze sergančių, visai sveikų asmenų (pastarieji pneumotoraksai dar vadinami gerybiniais spontaniniais pneumotoraksais), emfizematikų, į tokius, kurie atsirado susikomplikavus parenchiminiam susirgimui, k. a.: plaučių abscesui, plaučių gangrenai, bronchiektazijai, infarktui, augliui. Autorius plačiai tesustoja ties sveikų asmenų ir džiovininkų savaiminiais pneumotoraksais. Jei toks pneumotoraksas turi fistulę tuberkulioziniame audinyje, tai jis galįs duoti sunkų plaučių ligos vaizdą. Jei jis susidaro plyšus ne tuberkulioziniam, bet sveikam audiniui, tai jo eiga būsianti gera. Tuberkuliozinio savaiminio pneumotorakso eigoje skiriamos 3 fazės: 1) susidarymas pneumotorakso, kuris galįs suspausti visus vienos pusės plaučius, galįs būti ir dalinis, jei buvę suaugimai neleidžia jam plėstis; 2) susidariusiame tuštime atsirandąs serofibrinozinis skystis ir 3) jis virstąs pyo-pneumothoraks'u. Tuberkuliozinis savaiminis pneumotoraksas galįs duoti uždusimo vaizdą, bet galįs būti ir latentinis, kurio susidarymas, buvimas esąs susijęs su suaugimais, lėtu patekimu oro, kitos plaučių pusės sveikumu. Netuberkuliozinis savaiminis džiovininkų pneumotoraksas turįs gerybinę eigą ir susidaraąs chroniškiems skleroziškiems arba emfizeminiams džiovininkams. Šito pneumotorakso metu dažniausiai nesusidarą jokių skysčių krūtinės ląstos tuštime. Gerybinis savaiminis pneumotoraksas susidaraąs asmenims visai sveikiems, tarp 20 ir 30 metų, dauguma atvejų vyrams. Kliniškai jis kartais duodąs angina pectoris vaizdą, kartais peritoninę perforaciją. Jo metu nesusirenką plaučių tuštime jokių skysčių. Kraujosėdis esąs visiškai normalus. Pacientas nekarščiuojąs. Po 4 savaičių dažniausiai jau esti pranykęs. 10—20% tokio pneumotorakso atsitikimų mėgsta recidyvuoti. Autorius stebėjęs atsitikimą, kur savaiminis pneumotoraksas pasikartojo net 15 kartų. Dažnai metais betrunkąs savaiminis chroniškas pneumotoraksas nesudaraąs tikro pneumotorakso, tai esanti daugiau pūslė emfizeminių plaučių arba susirinkusios dujos po visceraliniu pleuros lapeliu. Kartais jis atrodąs kaip subpleu-

rinė pūslytė arba ampulė, kuri atsiradusi nuo persirgtos tuberkuliozės, kitais atsitikimais ir netuberkuliozinių pakitimų eigoje. Tat galįs būti ir sklaidos trūkumas. *A. Vileišis.*

9. H. Jentgens: **Über medikamentöse Hyperämiebehandlung der Lungentuberkulose mit Sympatol** („Med. Welt". 1941 m. 45 nr. Ref. iš „Ther." 1941 m. 9 nr.).

Autorius mano, kad esą galima plaučių tuberkuliozės, kurioms chirurgiškas gydymas neturi įtakos, hiperemijos būdu pagal Lauer'į ir Hildebrandt'ą pagerinti ir gydyti. Medikamentais hiperemijos būdu plaučių tuberkuliozei gydyti gerai tinka simpatolis. Simpatolis, kurio veikimas yra panašus į adrenalino veikimą, padidina širdies darbą, pakelia širdies tonus'ą, spaudimą, padidina minutinį tūrį, skatina veninio kraujo grįžimą į širdį, išspaudžia kraujo atsargas — tuo būdu padidina cirkuliuojančio kraujo kiekį. Simpatolis, be to, veikia medžiagų apykaitą. Jis veikia ilgiau ir švelniau, negu adrenalinas. Del tokio veikimo būdo perteka daugiau kraujo pro plaučius, kurie yra įjungti į kraujo apytaką. Padidėjus minutiniam tūriui per laiko vienetą, daugiau pereina kraujo ir tuo būdu daugiau deguonies gali būti paimta, daugiau toksinių medžiagų patenka į kraują, kurios jau padaromos nežalingos. Šitas simpatolio veikimo būdas reikia pažinti prieš jį vartojant tuberkuliozininkams.

Maži simpatolio daviniai gali tuberkuliozikams duoti karščio reakciją — temperatūrą, kuri po 6—8 d. praeina, padidinus davinius, vėl užeina. Blogo bendro sudėjimo ir blogos mitybos tuberkuliozininkus didesni simpatolio daviniai, esant nepadidėjusiai mitybai, veda prie svorio kritimo, nes simpatolis, didindamas medžiagos apykaitą, mažina organizmo atsargas. Nusėdimo reakcija iš pradžių padidėja, kiek laiko būna pastovi, kad po ilgesnio gydymo, procesui nykstant, kristų iki normos. Skreplių kiekis didėja — net darosi pūlingi. Kaverniškoje formoje, nerandant bacilų, po 2—3 sav. tokio gydymo bacilai gali pasirodyti. Po 6—8 sav. gydymo pamažu skreplių kiekis mažėja, jie darosi gleiviški. Bacilų skaičius greit mažėja, procesui gerėjant ir visai pranyksta. Kraujyje iš pradžių yra pasukimas į kairę. Jis būna kiek laiko pastovus, vėliau, daugėjant limfocitų skaičiui, pranyksta. Tik tada didesnis plaučių prisipildymas krauju yra galimas, kai širdis gali atlikti didesnį darbą. Todėl kartais duodama cardiaca, kaip digitalis ir strofantinas. Esant blogai bendrinei būsenai, vynuoginio cukraus peroraliniai arba intraveniniai daviniai greičiau veda prie pasėkų. Hiperemijos būdu gydymas turi pakankamai ilgai trukti. Simpatolio dozavimas pareina nuo bendrinio stovio ir plaučių. Optimalinis davinys 4 kartus po 10 iki 4 k. po 30 lašų kasdien, tarp 4 ir 6 ccm. Kai kada davinys galima dar padidinti. Kai kuriais atsitikimais buvo duodama iki 4 kartų po 40 ir 50 lašų simpatolio. Autorius duoda simpatolį pro burną pavalgius, atskiestą vandeniu. Rytą ir vakarą duodami mažesni daviniai. Simpatolis ligonių yra gerai pakeliamas.

V. Insoda.

VAIKŲ DŽIOVA.

10. Holm: **Vaikų plaučių tuberkuliozės prognozė.** („Acta Pediatrica", Stockholm, 1933, 23 nr.).

Autorius teikia savo studiją apie aktyvinės vaikų plaučių tuberkuliozės prognozę.

Iš 267 stebėtų vaikų 51 miręs. 46-iems iš jų tuberkuliozinis meningitas arba miliarinė tuberkuliozė buvusi tiesiogine mirties priežastimi; kiti 5 mirę del plaučių proceso. 48-iems iš 51-no mirties atsitikimo mirtis pasirodžiusi per metus laiko nuo priėmimo į ligoninę. Tuo būdu atrodo, kad, jei vaikas pergyvena pirmus metus po susirgimo, tai esama vilties, jog pasveiksiąs.

Prognozė labai skiriantisi įvairiame vaikų amžiuje. Iš 55 kūdikių, turinčių mažiau kaip 1 metus amžiaus, mirę 24; iš 56 vaikų, nuo 1 iki 2 metų amžiaus, mirę 14; iš 85 vaikų, nuo 3 iki 7 metų amžiaus, mirę 7, ir iš 30

vaikų, nuo 7 iki 14 metų amžiaus, miręs tik 1. Ir kartotinai ištyrus 216 persirgusiųjų, tik devyni pasirodę dar sergą. Tai aiškiai rodą, kad vaikui, pergyvenusiam pirmus ligos metus, esą vilties visiškai pasveikti.

Kadangi rentgenografija yra laikoma svarbiausia tyrimo metode, ypatingų pastangų buvę dedama išaiškinti, kurios prognozinės išvados galinčios būti daromos iš rentgenogramos pradžioje gydymo. Nuotraukos rodo, kad tuberkuliozinio proceso išplitimas plaučiuose esąs labai svarbus prognozei, o tuo tarpu proceso lokalizacija neturinti didelės reikšmės.

Devyniolika pacientų turėję miliarinę diseminaciją abejuose plaučiuose; septyniolika iš šitų pacientų mirę, o du visiškai pasveikę. Tuo būdu net šitos tuberkuliozės formos atsitikimai negali būti laikomi visiškai beviltiškais.

Eksudatyvinis pleuritas buvęs rastas pas 15 vaikų — iš jų nei vienas nemiręs, nors visi vaikai buvę tuberkulinui teigiami.

Nusėdimo tyrimas pasirodęs esąs menkos prognozinės vertės. Auskultacija ir subjektyviniai simptomai irgi nepasirodę turį labai svarbios prognozinės vertės.

Ekstrapulmoninės komplikacijos pasitaikiusios retai ir, atrodo, nepasunkinusios prognozės. 167-ių ligonių aplinką tiriant buvę galima susekti infekcijos šaltinis, ir 120-ties pacientų šaltinis buvęs šeimoje. Vaikų, vyresnių kaip 1 metų amžiaus, prognozė neatrodžiusi, kad būtų buvusi blogesnė tais atvejais, kai infekcijos šaltinis buvęs surastas ar net buvęs pačioje šeimoje. *Kazys Paltanavičius.*

11. Prof. R. Priesel: **Röntgen- und Tuberkulindiagnostik der Kindertuberkulose.** („Med. Welt." 1942 m. 33 nr.).

Yra žinoma, kad vaikų krūtinės rentgenogramoje beveik nebūna pastebima jokio, nuo tuberkuliozinio proceso pareinančio, specifinio pakitimo. Darytinas tuberkulininis mėginys. Paprasčiausia tuberkulino reakcija yra perkutaninė. Tam geriausiai tinka koncentruotas perkutaninis Hamburger'io tuberkulinas. Odos riebalus nuvalius eteriu, sternum'o srityje įtrinama truputis minėto tuberkulino. Jei po 24—48 valandų (bet ne ilgiau kaip po 48 val.) įtrynimo vietoje atsiranda daug mažų, raudonų, šiek tiek niežtinčių spuogelių, reakcija laikoma teigiama. Jei po šito mėginio gaunama neigiama reakcija, tuberkuliozė galima su tam tikru tikrumu atmesti. Kad būtų tikriau, po neigiamo rezultato minėtoji reakcija galima pakartoti. Pirmomis savaitėmis po apsikrėtimo (prealerginė stadija) tuberkulininė reakcija būna neigiama. Teigiama tuberkulininė reakcija rodo tik tai, kad tiriamasis asmuo yra užsikrėtęs tuberkulioze, bet jokiu būdu iš to negalima daryti išvada, kad minėtasis asmuo jau serga.

Intratorakalinei tuberkuliozei rentgenologiškai nustatyti vartojamos dvi metodės: peršvietimas ir nuotrauka. Ankstyva plaučių tuberkuliozė pasireiškia: 1) pirminio tbc. komplekso susidarymu, su pirmine ir antrine infiltracijomis, kurios yra ne kas kita, kaip pasireiškusi bronchinių liaukų tuberkuliozė; 2) ankstyvu pleuritu, ir 3) hematogenine diseminacija.

Jau šitoje ankstyvoje stadijoje gali pasirodyti pirminis phthisis. Vėlybos vaikų tuberkuliozės formos dažniausiai pasireiškia didesniems vaikams; mat čia yra ilgesnis laiko tarpas nuo pirminės infekcijos momento, kol susidaro organizuotas tretinis phthisis. Pradžioje gana anksti atsiranda infiltratas, kuris tiksliau būtų vadinti preftiziniu infiltratu. Šviežias pirminis tbc židinys del savo mažumo ir skystumo dažniausiai rentgenologiškai yra nepastebimas. Dažnai apie tikrą pirminį tbc židinį atsiranda stiprus perižidininis uždegimas, ir del to pirminis židinys rentgenologiškai lengviau pastebimas. Perižidininis uždegimas atsiranda ne tik pirminio židinio srityje, bet apima ir tai sričiai priklausančias bronchines liaukas bei limfinius takus. Jei pirminis židinys yra susiformavęs lateraliau, tai perižidininio uždegimo metu rentgenologiškai galima

pastebėti abi uždegimo zonos, kurias skiria tamsi juosta (Stadium der Bipolarität der Primärinfiltrierung). Būdingas kiekvienos perižidininio uždegimo infiltracijos ypatumas, priešingai negu kazeozinėje pneumonijoje, yra jos tendencija pagyti. Pirminė infiltracija per keletą savaičių ar mėnesių gali pagyti: sukalkėja suvarškėjusioji pirminio židinio ir regioninių limfinių liaukų dalis. Del to sukalkėjęs pirminis kompleksas ir yra matomas rentgenogramoje. Kartais apie pirminį židinį būna tik mažas uždegimas, o atitinkamose limfinėse liaukose tat būna žymiai stipriau pasireiškę. Tat yra ne kas kita kaip bronchinių liaukų tuberkuliozė. Rentgenologiškai skiriamos dvi bronchinių liaukų tuberkuliozės formos: auglinė ir uždegiminė. Pirmoji forma pasižymi ryškiomis limf. liaukų šešėlių ribomis hilus'ų srityje, antroji — minkštais neryškiai ribotais šešėliais paramediastininėje srityje. Esant uždegiminei bronchinių liaukų tuberkuliozės formai, perižidininis uždegimas apima ne tik liaukas, bet ir gretimus plaučių audinius bei pleurą. Kai procesas apima bronchopulmonines liaukas, pastebima pusrutulio (kartais trikampio) formos perihilinė infiltracija, kurioje dalyvauja ir interlobarinė pleura. Nepadarius tuberkulino reakcijos niekada neturi būti statoma diagnozė. Gana dažnai nepritypę ir normalų hilus'ų šešėlį palaiko patologišku. *J. Dičpinigaitis.*

12. Prof. Franz Hamburger: **Über die Dispositionsprofilaxe im Kindesalter.** („Dtsch. Tbkbl." 1942 m. 8 nr.).

Skirtina ekspozicijos ir dispozicijos profilaktika. Ekspozicijos profilaktika, t. y. apsisaugojimas nuo užsikrėtimo, turis ypač didelės reikšmės pirmaisiais 2—3 gyvenimo metais ir brendimo (puberteto) laikotarpyje. Dispozicijos profilaktikos uždavinys esąs apsaugoti nuo susirgimo jau užsikrėtusį vaiką. Šitos rūšies profilaktika turinti trukti visą laiką, tačiau reikią rūpintis, kad ekspozicijos ir dispozicijos profilaktika eitų drauge. Išsisaugoti nuo užsikrėtimo visą gyvenimą esą labai sunku ir negalį būti vieninteliu tikslu. Ekspozicijos profilaktika esanti daugiau svarbi iki 6 metų, vėliau svarbesnė dispozicijos profilaktika.

Toliau autorius ryškiai konstatuoja tyro oro reikšmę dispozicijos profilaktikoje. Jei gydytojai sugebėsią padaryti tai, kad žmonės ir jų vaikai kiek galint ilgiau būtų lauke ir miegotų net ir žiemą prie atviro lango, tada būtų padarytas didelis žingsnis kovojant su tuberkulioze. To siekti reikią visomis priemonėmis. Miegojimas prie atviro lango esąs nepaprastai svarbus sveikatai ne tik tuberkuliozės, bet ir kitų kvėpavimo takų ligų atžvilgiu. Prie dispozicijos profilaktikos priklausąs ir atitinkamas maitinimasis. Reikia saugotis, kad visokiomis taisyklėmis ir patarimais nebūtų sukelta nepagrįsta baimė prieš tuberkuliozę. Reikią nurodyti, kad išmintingai gyvenant užsikrėtimas nesąs pavojingas. Autorius skiria pasyvinę arba baimės higieną (Ängstlichkeitshygiene) ir aktyvią arba drąsumo higieną (Muthygiene). Per daug taisyklių, per didelis bijojimasis užsikrėsti pakenkią svarbų organą — nervų sistemą. Reikią žmonės veikti, kad jie pasitikėtų natūraliomis žmogaus kūno apsigynimo priemonėmis.

Nors ekspozicijos ir dispozicijos profilaktika turinčios eiti drauge, tačiau dispozicijos profilaktika esanti svarbesnė, natūralesnė ir lengviau pasiekiama. Dispozicijos profilaktikai priklausą ne tik atitinkamas infekuoto žmogaus gyvenimo būdas, t. y. ne tik apsisaugojimas nuo susirgimo po pirmosios infekcijos, bet ir apsisaugojimas nuo reinfekcijos — nuo recidyvų. Dispozicijos profilaktikai padedą saulės šviesa, tyras oras, tikslus maitinimas, gausus fizinis darbas. Gausus judėjimas tyrame ore, ypač vaikų amžiuje, esąs pagrindinė sąlyga sveikos tautos plėtojimuisi. Šitos priemonės priklausytų nespecifinei dispozicijos profilaktikai. Specifinę dispozicijos profilaktiką sudarąs aktyvus imunizavimas. Su tuberkulinu ir su negyvais bacilais negalima įsigyti jokios alergijos ir jokio imuniteto. Geriausių padarinių gaunama imunizuojant avirulentiškomis Calmette kamieno (Stamm) bakterijomis (Türk, Wallgren). Vai-

kams, imunizuotiems su B. C. G., aktyvi tuberkuliozė daug rečiau pasitaikanti ir turinti lengvesnę eigą. Meningitas ir miliarinė forma taip pat daug rečiau pasitaiką. Šitoje srityje dar lauktina tyrinėjimų.

V. Insoda.

KAULŲ ir SĄNARIŲ DŽIOVA.

13. Scheel: **Osteosklerozė tuberkuliozinio spondylito metu.** („Norsk Magazin for Laegevidenskapen", 1939 m. 2 nr.).

Norėdamas išaiškinti santykį tarp osteosklerozės išsivystymo ir destruktyvinių pakitimų tuberkuliozinio spondylito metu, autorius ištyrė septyniasdešimt septynis aiškaus tuberkuliozinio spondylito atsitikimus. Visais aktyvinio proceso atvejais rentgenogramos rodžiusios sklerozinius pakitimus; be to, sklerozė buvusi daugiau pastebima šviežesnėse ligos formose, o mažiau — senesnėse. Didėjant sklerozei kartu buvę pastebimi ir ligos aktyvumo ženklai, padidėjusios destrukcijos forma, kai tuo tarpu mažėjant sklerozei ir aktyvumo nebuvę.

Autorius sako, kad, pasirėmus jo gautais rezultatais, sklerozė, vietoje buvus gijimo požymiu, nurodanti į aktyvumą. *Kazys Paltanavičius.*

14. Bade: **Spondylitis infectiosa diferencinė diagnozė.** („Röntgenpraxis", Leipzig, 1939 m., 11 nr.).

Autorius sako, kad spondylitis infectiosa pasitaikąs po daugelio įvairių infekcinių ligų: po skarlatinos, tymų, raupų, influenzos, maliarijos, tifo, po pneumokokinių, stafilokokinių ir streptokokinių infekcijų, taippat po brucelozės. Autorius aprašo dešimt spondylitis infectiosa atsitikimų. Šitai ligai būdingu požymiu jis laikąs į procesą įtraukto tarpslankstelinio disko susiaurėjimą, kuris paprastai nepaliečia viso intervertebralinio disko, bet dažnai tik jo sektorių ar pusę. Susirgusių stuburkaulio slankstelių susisiekiančios dalys rodančios mažus netaisyklingumus ir defektus bei tankesnę struktūrą. Aprašomais atsitikimais pastebėta, kad kauliniai židiniai, kaip taisyklė, išsivystę tik po to, kai pasirodė tarpslankstelinių diskų susiaurėjimas. Ypač infekciniam spondilitui esąs tipiškas staigus reaktyvinių kaulo proliferacijų pasirodymas. Infekcinio spondilito diferenciavimas nuo stuburo osteomyelito esąs lengvas ūminių atsitikimų metu, kurie dažnai baigiasi mirtimi anksčiau, negu pakitimai gali būti rentgenu pademonstruojami. Apyūmiai ir chroniški osteomyelito atsitikimai su ligos paliestų slankstelių skleroze esą diferencijuojami rentgenoskopiškai, kaip ir tais atvejais, kai rentgenograma rodo ištirpusio kaulo audinio vietas. Tačiau esą chroniškų osteomyelito atsitikimų, kurių metu rentgenograma rodo tuos pačius intervertebralinių tarpų susiaurėjimus bei mažus slankstelių galuose esančių plokštelių defektus kaip ir spondylitis infectiosa metu ir tada jų diferenciavimas remiantis rentgenograma yra neįmanomas. Stuburo slankstelių tuberkuliozė rentgeno pagalba galinti būti diferencijuojama. Bet tais atvejais, kai rentgeno nepakanka šitam tikslui, tenką naudotis kliniškų vaizdu ir ypač ligos eiga, norint padaryti tikrą diagnozinį sprendimą. Abejojant, reikią pūlių pavyzdžiai inokuliuoti jūrų kiaulytėms.

Reikia atsiminti, kad galį išsivystyti net ir infekcinio spondilito gravitaciniai abscesai, nors jie pasitaiką rečiau, negu stuburo tuberkuliozės ar osteomyelito atvejais. Kitas sutrikimas, kuris reikią turėti galvoje diferencijuojant, tai tarpslankstelinių diskų osteochondrozė. Šita degeneratyvinė liga taippat duodanti tarpslankstelinių diskų susiaurėjimus ir corpus vertebrae susisiekiančių dalių sklerozę, nuo ko susidaro labai panašus vaizdas, kaip ir paskutinėje infekcinio spondilito stadijoje. Tačiau osteochondrozės metu susiaurėjimas būnąs vientisas per tarpslankstelinį diską, o terminalinių plokštelių defektų nebūną ir tarpslankstelinio disko struktūros atsipalaidavimas galįs duoti gretimo corpus vertebrae dislokaciją. *Kazys Paltanavičius.*

GERKLĖS DŽIOVA.

15. Griebel: **Die Glossitis superficialis als Hipovitaminose und ihre Beziehungen zur Zungentuberkulose.** („Klin. Woch." 1939 m. 14 nr.).

Del B_1-vitamino stokos maiste arba nepakankamo jo įsisiurbimo virškinamuosiuose takuose išsivystą burnos vidaus ir liežuvio gleivinės patologiški pakitimai, būtent, liežuvio pryšakinio trečdalio gleivinės hipertrofiškas uždegimas, primenąs savo išvaizda braškės paviršių. Ilgainiui šitie pakitimai gali suopėti ir gangrenuoti. Šituos patologiškus pakitimus lydi stomatitis aphtosa ir palinkimas susidaryti gangreniniams židiniams. Tokie patys reiškiniai pavykę sužadinti šunims ir žiurkėms, maitinant juos B_2-vitamino neturinčiu maistu.

Ligišiol Möller'o glossitis superficialis susirgimo genezė nesanti nustatyta. Pasirėmus aukščiau pažymėtais tyrimais prileidžiama, kad šitas susirgimas esąs susijęs su B_1-vitaminoze. Šitokį spėjimą sutvirtinąs stebėjimas, kad šitą ligą paprastai lydinčios dietinės klaidos bei virškinamųjų takų sutrikimai ir kad vietinės gydomosios priemonės esančios mažai sėkmingos. Šita reta liga pasižyminti nereguliariomis raudonomis dėmėmis ant liežuvio, kurio karpelės hipertrofuojasi ir ryškiai atsiriboja nuo aplinkinių audinių. Išgijus nebūna randų uždegiminių infiltratų vietose. Histologiškas vaizdas parodąs epitelio lupimąsi ir in tunica propria infiltratų iš limfocitų ir plazmacitų buvimą. Jungiamasis audinys paburkęs ir turis Russel'io kūnelių.

Autorius aprašo glossitis artificialis atsitikimą, palietusį 40 metų vyrą, atsparų dideliems C-vitamino daviniams ir švitinimams rentgeno spinduliais. Tiktai pritaikius gydymą C- ir B_1- vitaminų (redoxon'o ir benerva) injekcijomis, pavykę šita liga išgydyti.

Kartais Möller'o ligą lydi liežuvio tuberkuliozinial suopėjimai. Šita liga laikoma antrine ir aiškinama sumažėjusiu atsparumu Koch'o bacilams. Tokiais atvejais paprastai esanti plaučių džiovos atviroji forma. *J. St.*

16. A. Sattler: **Gerklės džiovos gydymas spinduliais.** („Med. Welt." 1942 m. 33 nr.).

Terapiškas spindulių veikimas čia yra vertingas tuo, kad jis yra tiesiog nukreiptas į susirgimo židinį. Ypatingai vertas dėmesio yra tas faktas, kad pakankamai ilgai pašvitinus, gaunamas anatominis ir funkcinis pakenkimo atstatymas. Spindulių terapija efektingiausiai veikia produktyvinius ir produktyviškai ulcerozinius, o mažiau eksudatyvinius gerklės procesus. Spindulių terapija neskiriama pripažintoms ir tam tikrais atvejais indikuotinoms intralaringealinėms intervencijoms pakeisti. Daug dažniau tokiais atvejais spindulių terapija pritaikoma po operacijų, kaip pagelbinė terapijos priemonė. *J. Dičpinigaitis.*

URO- GENITALINIŲ ORGANŲ TUBERKULIOZĖ.

17. H. Dietel: **Die Klinik der weiblichen Genitaltuberkulose.** („Med. Welt." 1942 m. 28 nr.).

Moters genitalinių organų tuberkuliozė dažniausiai (90%) esanti plaučiuose esančio židinio metastazė. Dar nerasta nė vieno atsitikimo pirminės moters genitalinių organų tuberkuliozės. Kad toks atsitikimas esąs didelė retenybė, rodo ir tai, kad sekcijose 90% atsitikimų pirminis židinys būnąs plaučiuose, labai retai virškinamuosiuose takuose, o dar rečiau kaklo organuose, nosyje ir ryklėje. Infekcija iš plaučių patenkanti pro kraujagysles; iš virškinamųjų takų ir peritoneum'o galėtų patekti ir limfiniu keliu. Dažniausiai susergą vamzdžiai, paskiau gimtuvė ir trečiojoje vietoje kiaušdėčiai, labai retai portio, makštys ir vulva. Palankias sąlygas tuberkuliozei išsiplėtoti sudarą brendimo ir vystymosi metai, ypač geros sąlygos nėštumo, gimdymo, pogimdyminio periodo, abortų ir operacijų atsitikimais. Klimatas ir rasė turį nemažos reikšmės. Italijoje

10% visų tuberkuliozininkių moterų turį genitalinių organų tuberkuliozę. Panašus vaizdas esąs ir Japonijoje, Brazilijoje ir Ispanijoje. Vokietijoje tuberkuliozinės etiologijos dažnumas adneksų augliuose didmiesčiuose esąs 3—5%, kaimuose — 10% (Heynemann, Krönig, Stöckel, Schröder).

Ryškaus simptomo genitalinių organų susirgime nėsą. Menstruacinis ciklas ir toli pažengusio proceso atveju — endometrium'o arba ovarų susirgimas — galįs būti nesutrikęs. Palpacija nieko ypatingo neduodanti, tačiau esant dideliems augliams su mažais nusiskundimais, sustorėjusiais ir kietais vamzdžiais, ypač kada yra temperatūra, arba kada yra adneksų augliai ir nepasiduoda konservatyviai terapijai, reikią pagalvoti ir apie tuberkuliozę. Temperatūra, tvinksnis, kraujo kūnelių nusėdimas, kraujo vaizdas taippat mažai ką duodą. Apskritai, moters genitalinių organų tuberkuliozės diagnozė esanti sunki, ir, pasirėmus paprastomis kliniškomis tyrimo metodėmis, sunkiai nustatoma.

Autorius siūlo šias metodes: uždėti okliuzyvų pesarą ant portio ir surinkti jame 1—3 dienų sekretą, kuris reikią tirti biologiškąja metode, nes mikroskopiškas tyrimas neduodąs padarinių. Jei auglys apčiuopiamas, reikią daryti jo punkcija ir gautoji medžiaga tirti mikroskopiškai, biologiškai ir histologiškai. Bent pusėje visų genitalinių organų tuberkuliozės atsitikimų būnanti paliesta ir gimtuvės gleivinė, todėl kaikurie autoriai (Gauss, Vogt, Bush) siūlą daryti abraziją ir tirti gautąją medžiagą, bet daugelio autorių buvę gauta neigiamų rezultatų. Labai abejotinais atsitikimais darytina mėginamoji laparotomija.

Gydant geriausių padarinių pasiekiama gulint tyrame ore, gyvenant kalnų, jūros klimate. Rentgeno terapija duoda gerų padarinių. Prognozė quo ad sanationem yra gera, bet quo ad graviditatem futuram bloga. *V. Insoda.*

REGOS ORGANŲ TUBERKULIOZĖ.

18. Prof. dr. W. Stock (Tübingen): **Chroniškas uveitas, jo etiologija ir gydymas.** („Kl. Monatsbl. f. Augenheilk." 1942 m. 108 t.).

Autoriui, eksperimentais įvedus tuberkuliozės bacilų gyvuliams į kraują, pavykę sukelti akių susirgimas, panašus į žmonių chronišką uveitą. Naujesnioje literatūroje vis daugiau kalbama už tuberkuliozinę infekciją chroniško uveito atveju, nors vidaus organuose nevisada pavykstą rasti tbc procesas. Vis dėlto ne kiekvienas chroniškas uždegimas laikytinas tuberkulioze. Iš chroniško uveito kliniško vaizdo etiologijos nustatyti esą negalima. Kaikurie autoriai nurodą, kad atsiradusieji rainelėje mazgeliai būdingi tuberkuliozei; tai esą neteisinga, nes kiekviena chroniška infekcija, patekusi per kraują, galinti duoti rainelėje mazgelius. Nors sunkūs atsitikimai, kai visa rainelė yra peraugusi granuliaciniu audiniu ir procesas yra perėjęs į korneoskleralį kraštą, esą tuberkuliozinės kilmės.

Vienintelė tikra metodė chroniško uveito etiologijai nustatyti esanti tuberkulino skiepijimas. Jei, įšvirkštus 1 mg alttuberkulino į nugarą sub ar intra cutem, gaunama bendrinė ir vietinė (akies paraudimas su skausmais) reakcija, tai akyje esanti aktyvi tuberkuliozė. Į tuberkuliną aktyviai reaguoją tik apie 20%, bet autorius manąs, kad tuberkuliozinių uveitų procentas esąs didesnis.

Iš terapijos veiklumo esą galima nustatyti chron. uveito etiologija.

Chron. uveitu sergąs ligonis pirmiausia ištiriamas internistiškai, be to, rentgeno peršvietimas, kraujo nusėdimas, WaR, patikrinami dantys ir t. t. Po 3 dienų, jei temperatūra normali, daroma tuberkulino mėginys. Šitas mėginys 90% ligonių esąs bendrai teigiamas, gi lokaliai 20% teigiamas. Tais atsitikimais, kai vietinė reakcija teigiama, tuojau švitinama rentgenu, leidžiant 20% odos davinio — 100 r. Atsirandą lengva ciliarinė injekcija, kameros padrumzlėjimas ir nežymūs skausmai, bet greitai visi šitie reiškiniai praeiną ir akis išgyjanti. Jei tik procesas pagerė-

jąs, bet visiškai nepraeinąs, tai po 6 sav. dar kartą švitinama tuo pačiu daviniu. Šita terapija buvusi pavartota daugeliu atsitikimų ir nė karto nebuvę pakenkimų nuo švitinimo. Jei pagerėjęs procesas toliau negyjąs, galima esą pavartoti tuberkulininė terapija.

Kai neveikia švitinimas ar tuberkulino bendrinė reakcija neigiama, duodama ligoniams kasdien atophanyl'io po 10 ccm intra venam. Jei procesas praeina, vadinasi, būta reumatinės kilmės uveito.

Gerų rezultatų autorius gaunąs gydydamas atophanyl'iu simpatinę oftalmiją.

Jei atophanyl'is neveikiąs, tai duodama neosalvarsano, nes kartais lues galįs neduoti teigiamos WaR. Labai sunkiais atsitikimais, kai šitos priemonės nepadeda, gydoma eubasin'u ar cibazol'iu.

Be to, lokaliai reikalinga vartoti atropinas ar skopolaminas, o glaukomai esant, — glaukozan'as ar pilokarpinas su adrenalinu, šilima, diatermija, tyras oras ir t. t.

Autoriaus nuomone, visi šitie chroniški uveitai, kurie nuo rentgeno švitinimo pagyją, nors vietinė tuberkulino reakcija ir neigiama būtų, esą tuberkuliozinės kilmės, kas sudarą 50% visų atsitikimų. Reumatinės kilmės uveitams padedąs atophanyl'is ar kiti saliciliniai preparatai; jų esą 30%. Dar retais atvejais, esant kuriai nors kokinei infekcijai, padedąs eubasin'as, ir esą atsitikimų, kurie nepasiduodą kitais būdais gydomi, tai neaiškios etiologijos susirgimai. *L. Dirdienė.*

TBC. IR RENTGENO PERŠVIETIMAS.

19. F. Berner: **Die röntgenfachärtzliche Ausvertung von über 640.000 Röntgenaufnahmen aus Mecklenburg.** (Masinis Mecklenburg'o gyventojų tyrimas rentgeno nuotraukomis).

1939 m. NSV padariusi 640.000 meklenburgiečių krūtinės ląstos nuotraukų. Kad visa tat geriau pasisektų, pirmiausia buvę pasirūpinta propaganda per spaudą ir radiją: išaiškinta krūtinės ląstos savumai, ligos tyrimo metodės, sąvoka „tuberkuliozė" ir šitos ligos reikšmė, būdai su ja kovoti. Darbas davęs puikių vaisių: gyventojai susidomėję. Visi mielai sumokėję po 0,50 m., visi ėję laiku į tyrimo būstines. Ten moterims buvę duodami krepiniai — popieriniai marškiniai. Per valandą buvę padaroma 350—400 rentgeno nuotraukų. Greičiau darbas ėjęs turint reikalo su mokiniais ir įvairių įmonių darbuotojais — 400—500 rentgeno nuotraukų per 1 val. Iš viso padaryta 640.000 rentgeno nuotraukų, t. y., nufotografuota 95% visų Mecklenburg'o gyventojų. Likę 5% tenką mažiems vaikams, moterims antroje nėštumo pusėje, keliems seniams ir silpniems ligoniams.

Visos 640.000 nuotraukų buvusios atiduotos 8 gydytojams, kurie dirbę laisvu nuo kasdieninio darbo metu ištisus 4 mėnesius; per tą laiką visą šitą medžiagą sutvarkę ir įvertinę šitaip:

nerasta nieko ypatingo	77,22%	visų nuotraukų
sukalkėjusių tuberkuliozinių židinių	3,28%	
pleuros suaugimų	1,18%	
įtariama sergant džiova	1,25%	
džiovininkų (dauguma su kavernomis)	0,12%	
pneumotoraksų	0,02%	
įvairių auglių	0,05%	
širdies pakitimų	1,25%	
aortos pakitimų	3,09%	

Smulkiau panagrinėjus tuberkuliozės atsitikimus, rasta štai kas:

	reikal. gydyti	atvira tbc.
pleuros suaugimų	0,4%	0,0%
įtariama aktyvi tbc.	0,5%	0,5%
pneumothorax-plastica	0,02%	0,0%
su kavernomis		0,13%
	0,92%	0,63%

Gautieji duomenys perduoti gydytojui, kuris vadovavo pirmam gyventojų rentgenologiškam patikrinimui. Kartu buvę pasiūlyta 16.500 asmenų patikrinti kartotinai. Tai buvę padaryta, tik gauti duomenys dar nespėta įvertinti.

Pirmą tyrimą įvertinant, pasirodė, kad galima, palyginti, trumpu laiku, patikrinti toks milžiniškas gyventojų skaičius. Be to, atrodo, esą geriau kartoti toje pačioje vietoje patikrinimą kelis metus pagrečiui, negu įvairiose vietovėse po vieną kartą. Tikrinant kelis metus, galima, esą, pastebėti, ar džiovininkų skaičius mažėjąs, koks mirtingumas, kas veikiąs ir kaip tbc. apsikrėtimą, ligos eigą, kaip geriau pritaikyti gydymas. („Z. Tbk." 83 Bd., 1939, 5/6 H., 257—292 pusl. Holfelder, Behr, F. Berner, R. Pfreimbter, W. Böhme, H. Bräuning).

A. Vileišis.

20. W. Roloff (Treuenrietzen): **Röntgenmusterung und praktischer Arzt.** (Peršvietimas rentgeno spinduliais ir praktikuojąs gydytojas) („Dtsch. Tbkbl." 1939 m. 13 t. 10 sąs.).

Autorius pradžioje pažymi, kurios reikšmės tuberkuliozės diagnostikoje turįs peršvietimas rentgeno spinduliais. Pastaruoju laiku šitas peršvietimas vartojamas labai plačiai, tik juo ir tediagnozuojama tbc. Liga galinti pasireikšti įvairiausiais pavidalais. Todėl dabar esanti madoje „tiesioginė diagnostika" turinti būti papildoma „netiesioginėmis formomis". Pasakymai „vidurinės ausies supūliavimas, rukinė (anus'inė) fistulė, pleuritis, gripas, skrandžio sutrikimai, sąnarių reumatas turį nurodyti kelią, ligos eigą. Tuo būdu praktikuojąs gydytojas galįs žymiai prisidėti prie džiovininkų skaičiaus sumažinimo. Jis ypač daug galįs pagelbėti, jei, be ligonio apklausinėjimo, perkusijos, auskultacijos, dar patyrinėsiąs skreplius, įvairius sekretus, išmėginsiąs tuberkulininę reakciją, paseksiąs kraujo nusėdimą ir taip viską išsiaiškinęs, prieisiąs pagaliau prie rentgeno aparato. Šitas būdas galįs būti ypač sėkmingas tiems gydytojams, kurie dažniau ir pastoviau pacientą stebi — šeimos gydytojams.

A. Vileišis.

21. **Naujas anestezijos būdas bronchografijoje (butoformu).**

A. Biernacki ir J. Zabokrzycki vietoje kokaino preparatų skiedinių bronchams anestezuoti pataria vartoti butoformą, kuris esąs identiškas su paraformu, francūzų seuroformu ir amerikiečių butesina. Mat kokaino skiediniai bronchografijos atveju duodavę gana didelį mirtingumą: iš 5.551 bronchografijos atsitikimų autoriai radę 4 mirimus nuo kokaino, t. y. 7:10.000, arba 3,5 dažniau negu bendrinės narkozės chloroformu ir 7 kartus dažniau negu eterinės narkozės atsitikimais. Turint galvoje, kad bronchografija yra tik diagnostinė, o ne gydomoji priemonė, minimas mirtingumas reikią laikyti labai dideliu. Del to autoriai Varšuvos universiteto prof. V. Orlovski'o vidaus ligų klinikoje padarę bandymų su nenuodingu preparatu — butoformu. Šitas vaistas kvėpuojamiesiems takams anestezuoti autorių buvęs pavartotas 1938 m. tik 20-čiai bronchografijos atsitikimų, be jokių komplikacijų.

Technika esanti šitokia: kaip yra pastebėję belgai (Hicguet ir Hennebert), kiek galima daugiau iškišus liežuvį, antgerklis (epiglottis) pasikeliąs augštyn ir į priekį, atidengdamas gerklas. Skysčiai, įpilti į nosies šnirpšles, tada pamažu nuteką į gerklas, į trachėją ir į bronchus, pasiekdami plaučių alveoles. Sakysime, lipijodolis tuo būdu tenueinąs tik į viršutinę dešiniųjų plaučių ir į žemutinę dalį kairiųjų plaučių viršutinės skilties. Kitos visos plaučių dalys, pasirodo, pro nosį galinčios būti ne kateterio lipijodoliu ir kitais skysčiais suvilgomos ir bronchografuojamos kontrastiniu būdu. Tą pačią metodę pavartoję Varšuvos minėtieji autoriai, darydami kvėpuojamųjų takų anesteziją su butoformu.

Jei įtariama, kad ligonis turi jodui idiosinkraziją, tai už kelių dienų prieš bronchografiją duodama sol. kalii jodati (8,0:180,0), po valgomą šaukštą 3 kartus per dieną. Mat, nuo lipijodolio arba nuo kurio kito jodinio

preparato idiosinkrazijos atveju kartais atsitinką mirtinų nusinuodijimų jodu.

Operavimo dieną ligonis paliekamas tuščiais viduriais, duodami jam 2 valgomieji šaukštai Erlentmayer'io skiedinio (10,0:200,0); retkarčiais didesnį kosulį turintiems ligoniams tekdavę suduoti kodeino arba įleisti pantopono, bet geriau esą nesinaudojus opio preparatais, kad neatsirastų ledakumo, vėmimo, apsnūdimo, klejos. Be to, prieš pradedant anestezuoti, reikią ligonis paraginti, kad atliktų galimą plaučių „tualetą", kad išskrepliuotų skreplius. Kartotinai ligonis turįs būti įkalbamas, kad kiek galėdamas laikytųsi nekosėdamas, kad patsai slopintų kosulio refleksus, kad būtų ramus, klusnus, kantrus. Taip parengtas ligonis sodinamas kėdėn šiek tiek atlošta galva į užpakalį, plačiai atverta burna, dešiniąja ranka su marlės gabalu pasiėmęs jisai išsitraukia, kiek tik galima, savo liežuvį priekin. Gydytojas į tiriamųjų plaučių pusės šnirpštę įkišąs 1—2 cm gilumo trumpą, laibą gumini vamzdelį, užmautą ant švirkšto, turinčio 2 ccm pašildyto (+35°C) butoformo. Pamažu, lašiukais per 2—3 minutes suleidžiamas tas butoformo kiekis. Išimamas iš nosies vamzdelis, bet ligonis toje pačioje padėtyje dar pasilieka 1 minutę, ir liežuvis jo vis tebelaikomas ištrauktas, kad visas butoformas iš nosies nutekėtų į gerklas ir giliau. Tuo momentu beveik visi ligoniai gauną refleksinio kosulio antpuolį ir turį būti perspėti, kad kiek galėdami kosėję susilaikytų, nes kitaip butoformas nesuskubs anestezijos sukelti. Po 2—3 minučių pertraukos leidžiama antroji butoformo porcija, o toliau duodama ir trečioji porcija, dažniausiai ir paskutinė. Tuo būdu vidutiniškai anestezijai išeiną 6,0 butoformo. Jei ligonis iškosti pradinį butoformo daviny, tai tinkamai anestezijai tenką duoti to vaisto daugiau, net iki 15,0. Bet vargo su tuo nedaug, nes ligonis nenusinuodys, kaip tai atsitinką su kokainu.

Kontrastinis skystis leidžiamas tik tada, kai ligonis jau visiškai nebeturįs kosėjimo refleksų, kai jaučiąs gerklose ir trachejoje nutirpimą ir neturįs tose vietose jokio peršulio. Sulaukus tokio aptirpimo, reikią tuojau suleisti į plaučius tuo pačiu būdu pro šnirpšles ir kontrastinio skiedinio (lipijodolio) 20,0, pašildyto taippat iki 35°C. Tada pagal reikalą esti keičiama ligonio kūno padėtis, kad lipijodolis nutekėtų ten, kur jis yra reikalingas. Po minutės—antros ligonis rentgenizuojamas ir daroma plaučių nuotrauka. Jei reikalinga aukštutinių plaučių dalių nuotrauka, kur be kateterio neapsieinama, tai tiek butoformas, tiek ir lipijodolis suleidžiami pro kateterį, kontroliuojant rentgenu į tam tikras vietas. Anestezijos pirmosios dvi stadijos atliekamos tiesiog pro šnirpšles ir tik paskutinėje stadijoje su kateteriu, kuris neištraukiamas, bet tuojau pavymu pro jį suleidžiamas ir lipijodolis.

Anestezija su butoformu esanti tuo geresnė už kokaininę, 1) kad butoformas nenuodingas, 2) kad be baimės galima jo suleisti iki visiškos anestezijos dideli daviniai (iki 15,0), 3) kad jo skiediniai gali ilgai išsistovėti nesugedę ir nenustoję savo anestezinės veiklos, ko negalima sakyti apie kokaino preparatų skiedinius, kurie reikią dažnai iš naujo gamintis, nes greitai gendą. („Polskie Archivum Medycyny Wewnętrznej". Warszawa, 1938 m. XVI t., 4 sąs. 651—659 p.). *K. Grinius.*

DŽIOVOS DIAGNOZĖS KLAUSIMU.

22. J. Altrock: **Die Bedeutung der Kochsalzbestimmung in der Rückenmarksflüssigkeit für die Diagnose der tuberkulösen Meningitis.** („Med. Welt.", 1942 m. 49 nr.).

Žymus NaCl kiekio sumažėjimas (tarp 500—600 mg %) (normaliai 680—780 mg %) buvęs vertinamas kaip būdingas tuberkuliozinio meningito simptomas, bet autorius priėjęs išvadą, kad meningitus vieną nuo antro atskirti iš NaCl kiekio liquor'e esą neįmanoma. Taippat ir kitas ligas diferencijuojant, galima įsitikinti, kad chlorido kiekis yra nepriklausomas

nei nuo cukraus, nei nuo baltymo kiekio. Jo sumažėjimas esąs nuo uždegimo nepriklausomas. *Juozas Dičpinigaitis.*

23. E. Wagner-Hering: **Die Differentialdiagnose Tuberkulose—Leukaemie.** („Med. Welt.", 1942 m. 49 nr.).

Tat nėsąs toks jau paprastas dalykas: vienas autorius esąs pastebėjęs, kad greta leukemijos esančių tuberkuliozės susirgimų 14% buvę atpažinta tik labai vėlai. E. Wagner-Hering turėjęs progos stebėti vieną atsitikimą, kuris labai sunkiai davęsis diferencijuojamas. Čia autorius įsitikinęs, kad tuberkuliozę patvirtina teigiama tuberkulino reakcija, plaučių rentgenograma, o taippat ir veido odos pakitimai (lupus erythematodes). Už leukemiją daugiau kalba sepsinė temperatūra, labai pagreitėjęs eritrocitų nusėdimas, daugelio limfinių liaukų padidėjimas, labai didelė blužnis, gelsvas odos atspalvis ir kiti pakitimai odoje (infiltratai, hemoragijos). *Juozas Dičpinigaitis.*

24. K. Tamura (Japonija): **Über die Resultate der Anreicherung der Tuberkelbazillen nach der Tamura'schen Methoden.** (Tamuros metode ieškant tuberkuliozės bacilų gaunami padariniai) („Beitr. Klin. Tbk." 93 tom., 6 sąs.).

Norint susekti Tamuros metode tuberkuliozės bacilus, reikią prie tiriamųjų seilių pridėti 25% liq. natrii caustici. Šitą masę, pridedant po truputį vandens, kaitinant ir sumaišant, praskiesti dešimteriopai. Po to reikią visa tai 20 minučių centrifūguoti ir tada tirti su mikroskopu. Šituo būdu randama 10 kartų daugiau bacilų negu su antiformin'u ir 30—40 kartų daugiau negu darant paprastą tepinėlį. *A. Vileišis.*

DŽIOVINĖ DISPOZICIJA.

25. Kurt Klare: **Gedanken zur Früherfassung der Tuberkulose** („Deutsch. Tbk. Blatt", 1942 m. 8 nr.).

Peržiūrėjus kovos su tuberkulioze paskutinių 20 metų laikotarpyje padarinius, gaunamas vaizdas, kad gydymo pasėkos neinančios proporcingai naujai randamiems medikamentinio ir chirurginio gydymo būdams; tačiau susirgimų tuberkulioze skaičius ir mirtingumas nuo jos mažėją. To priežasčių reikią ieškoti ne naujuose gydymo būduose. Didelės reikšmės čia turinčios aktyvios socialinės-higieninės priemonės, kuriomis randami ir izoliuojami infekcijos šaltiniai. Reikią tik visi žmonės peršviesti ir rasti sergantieji greit gydyti. Esant gerai peršvietimo technikai, plačių masių peršvietimas esąs galimas, tačiau gydymas, pasirodo, nėsąs greit įmanomas. Literatūroje esą daug stebėjimų, kad ir anksti pažinus tuberkuliozę ir greit gydant (Sofortbehandlung) liga vis delto neišgydoma. Bräuning yra paskelbęs daug stebėjimų, kuriuose jis galėjęs sekti susirgimus nuo pradžios, ir pasirodę, kad 10% ligonių, nepaisant greitų priemonių, po trumpo laiko mirę, o tuo tarpu 25% ligonių be jokio gydymo pasveikę. Tokios rūšies ligoniams gydytojas nieko negalįs padėti. Tarp šitų dviejų grupių esąs didelis skaičius tuberkuliozininkų, daugiau ar mažiau panašių į šituos kraštutinumus. Jų liga pasireiškianti del superinfekcijos, del blogų gyvenimo sąlygų. Laiku pradėtas gydymas duodąs gerų rezultatų, bet nepalankios išorinės aplinkybės ir įvairūs rūpesčiai galį vėl išjudinti tuberkuliozę. Šitos tarpinės grupės ligoniai galima paveikti terapiškai.

Veiksniai, kurie gali paveikti tuberkuliozę palankia ar nepalankia prasme, paaiškėję del gausių paskutinių metų žmogaus konstitucijos tyrimų. Paaiškėję, kurios konstitucinės sąlygos galinčios paveikti tuberkuliozę palankia ar nepalankia kryptimi. Diehl'io ir Verschuer'io vieno ar dviejų kiaušinių dvynukų tyrimai parodę, kad esanti paveldima tuberkuliozei dispozicija. Kiekvienas organizmas ginąsis nuo tuberkuliozės infekcijos ir šitas gynimasis pareinąs nuo limfinės sistemos. Limfatizmas sudaręs nepalankias tuberkuliozei plėstis sąlygas. Tuberkuliozės susirgimas pareinąs nuo konstitucijos, kuri gali būti individualiai

įvairi limfatizmo atžvilgiu. Esama grupės žmonių, konstituciškai užgrūdintų, kurių tuberkuliozės infekcija nesusargdina, nors gyvenimo sąlygos ir blogos.

Ilgus dešimtmečius buvę manoma, kad tuberkuliozės eigos skirtumai pareiną nuo išorinių sąlygų, bacilų virulencijos, infekcijos dažnumo, higieninių sąlygų ir t. t. Didžiausia reikšmė buvo skiriama ankstyvam pažinimui ir skubiai pavartotoms priemonėms. Šitie faktai esą svarbūs, tačiau jų įtaka nėsanti tokia didelė, kad nuo jų pareitų ligos eiga. Dalis tuberkuliozininkų, kaip anksčiau minėta, nepaisant ankstyvaus pažinimo ir greito gydymo, mirštanti, o kita dalis ir negydoma pastoviai pasveikstanti — šitos dvi išeitys daugiausia pareinančios nuo konstitucijos — limfatinės ar alimfatinės. Tarp šitų dviejų grupių esanti didelė vidurinė grupė, kurios ligonius gydymas galįs vienaip ar kitaip paveikti. Šitos grupės ligoniams, kur yra perėjimas iš palankios į nepalankią konstituciją, ankstyvas pažinimas ir po to sekąs gydymas turį sprendžiamos reikšmės. Nuo randamų apsigynimo jėgų laipsnio pareiną tai, ar ligonis bus pagydytas, arba bent jo gyvybė prailginta.

Ankstyvas pažinimas ir greitas gydymas, neatsižvelgiant į konstituciją, baigiąsis nepasisekimu, kurio priežasčių reikią ieškoti ne metodėje, bet organizmo konstitucinėse sąlygose. *V. Insoda.*

26. Hartwig: **Alergometrija suaugusiųjų džiovoje.** („Now. Lek." 1939 m. 6 nr.).

Autorius padaręs 289 alergometrinių tyrimų pagal Fr. Groë a 102 suaugusiesiems, sirgusiems įvairių periodų plaučių džiova, iš dalies turėjusiems ir kitų organų džiovą. Tiriamoji medžiaga pagal kliniską eigą suskirstyta į 5 grupes. Lengvais atsitikimais autorius ypačiai dažnai stebėjęs pleoergiją ir homodinamiją; sunkiais atsitikimais dažniau būdavusi stebima pleoestezija del R vertės sumažėjimo. Plaučių džiova, susikomplikavusi žarnų tuberkulioze, kaip taisyklė, vedusi į anergiją. Autoriaus stebėtais atsitikimais, gydytais pneumothorax'u, trumpas stebėjimo laikas neįgalinęs padaryti bendrinių išvadų.

Iš šitų tyrimų išeina, kad R ir S tuberkulininiuose skiediniuose visiškai nepareiną nuo organizmo bendrinio stovio, turbūt del to, kad oda turinti savo topografišką reagavimą, dažnai nepareinamą nuo kituose organuose vykstančių procesų. Pasirėmus šitais tyrimais, reikėtų prileisti, kad Ellermann'o—Erlandsen'o mėginys visiškai nepalengvinąs veiklios tuberkuliozės židinio organizme nustatymą ir praktiškai turįs tokią vertę, kaip ir kiti tuberkulininiai mėginiai.

Anergiją autorius stebėjęs beveik vien tiktai pas ligonius, sirgusius žarnų džiova. *J. St.*

EPITUBERCULOSIS.

27. Dr. Fish and Pagel: **Epituberculosis.** („New Engl. J. Med.", 1939 m. 15 nr.).

Epituberkuliozė galinti būti apibrėžta, kaip chroniška vaikų amžiaus liga, apibūdinama kliniškai neaiškiais fiziniais ženklais krūtinėje ir rentgenologiškai pastebimu homogeniškų pritemimu, einančiu nuo hiluso'ų srities į visą ar dalį plaučių skilties. Ligos istorijoje paprastai randamas kontaktas su atviraja plaučių tuberkulioze sergančiu ir pasveikimas, kaip taisyklė, einąs su palaipsniui išnykstančiu pritemimu per keletą mėnesių. Ligos etiologija vis dar nežinoma ir jos patologoanatominis išaiškinimas kol kas menkas. Ligos židinio regresija esanti svarbi diagnozei nustatyti ir tyrimui medžiaga galinti būti gaunama tik iš pacientų, kurie mirė del kurių nors kitų priežasčių, o ne nuo epituberkuliozės regresijos stadijoje.

Fish ir Pagel aprašė tris tokių lavonų skrodimus. Kiekvieno iš jų plaučių tyrimas parodęs kylio pavidalo plotą, supantį kazeozinį židinį, kuris išsišakojąs pagal dvi broncho šakas į viršutinę kairiąją skilti. Šitas plotas

susidedąs iš suspaustų alveolių ir gausingų tuberkuliozinių granuliomų su Langhans'o gigantiškomis ląstelėmis, kurios buvo rastos vien tik kylio formos plote, bet niekur kitur kūne. Kazeozinių masių bei tuberkuliozės bacilų šitame plote visiškai nerasta. Daroma išvada, kad epituberkuliozė turėtų būti laikoma „ne kazeozinės tuberkuliozės tipo genujine tuberkuliozine reakcija". Esama daug eksperimentinių įrodymų, kad granuliomos ir gigantinės ląstelės nurodančios esant antigenų — antikūnių reakciją, sėkmingai surišančią ir sunaikinančią antigenus. Epituberkuliozėje antigenų esama, gal būt, reprezentuojamų kelių gyvų ar mirusių bacilų, kurie pereina alerginį audinį, kai pirminis židinys gauna priėjimą prie bronchinės sistemos, išsiveržđamas arba išsiplėsdamas į gretimą bronchą. Visas fenomenas galįs būti del to paaiškinamas kaip plaučių audinio tuberkulininė reakcija, kadangi tuberkulino reakcijos vieta odoje turinti tuos pačius histologinius pakitimus. Ligos paliestos vietos regresija atsirandanti del antigenų neutralizacijos. Fish'o ir Pagel'io aprašytais atsitikimais bronchų blokada taippat sukėlusi atelektazę, bet tuberkulo-alerginių audinių atsakymas ir atelektazė galį pasitaikyti nepriklausomai ir kiekviena iš jų formuojanti peršviečiamo šešėlio bazę rentgenogramoje. Kliniškai esą neįmanoma diferencijuoti šitų dviejų atvejų, bet reikią pabrėžti, kad atalektazė viena neišaiškinanti visų ar bent daugumos atsitikimų, diagnozuotų kaip epituberkuliozė. *Kazys Paltanavičius.*

Įvairenybės.

28. L. Reichenfeld: **Miliartuberkulose und Tuberkulose des Herzmuskels.** (Miliarinė tuberkuliozė ir širdies raumens tuberkuliozė) („Ztschr. f. Kreislaufforschung." 31 tr., 20 sąs.).

Labai retai tepasitaiką širdies raumenyje tuberkulioziniai židiniai. Autorius aprašo vieną miliarine tuberkulioze sergantį džiovininką, kuriam buvo padaryta elektrokardiograma. Ji rodžiusi būdingą dešiniosios vainikinės arterijos pakitimo vaizdą. Po kiek laiko ligoniui mirus, padarytas skrodimas. Buvęs rastas myokarde toje vietoje, kur elektrokardiograma rodžiusi pakitimus, pupos dydžio suvarškėjęs tuberkuliozinis židinys. *A. Vileišis.*

29. H. Ulrici: **Der Tuberkulose und die Arbeit.** („Oeff. Gsdkdienst B." 5 t. 13 sąs. 329 psl.).

Džiovininkui darbas reikalingas tiek pat, kiek ir sveikam. Gerai parinktas darbas džiova sergantį pacientą, ypač sveikstantį, gerai veikiąs tiek psichiškai, tiek materiališkai. Todėl juo toliau, juo labiau pritaikomas gydymas darbu. Bet praktikoje susiduriama su didele kliūtimi: įmonių vedėjai vengią priimti džiovininkus į darbą, nes biją atsakingumo už galimą tuberkuliozės platinimą tiek savo darbininkų tarpe, tiek dirbiniais; bendradarbiai, sužinoję, kad jų draugas sergąs džiova, biją užsikrėsti. Tačiau visai nesunku esą sudaryti tokios darbo sąlygos, kad sergąs ir galįs dirbti asmuo būtų nepavojingas nei savo draugams, nei kam kitam toje įmonėje ir kartu tinkamai sunaudotų turimas jėgas. Autorius aprašo, kaip patenkinti buvę atviri džiovininkai Papworth'o, Preston'o, Hall'es, Charlottenhöhe's, Hernprotsch'o tuberkuliozininkų sanatorijose galėdami dirbti. *A. Vileišis.*

30. E. Wegener: **Über Kalzium und Tuberkulose.** (Apie kalcį ir džiovą) („Beitr. Klin. Tbk." 83 t., 6 sąs., 653 psl.).

Wegener nurodo, kiek neaiškus esąs klausimas apie kalkinių medžiagų apykaitą tuberkuliozės metu. Jis mano, kad kalcio medikamentų veikimo reikią ieškoti vegetatyvinėje nervų sistemoje. Taip pat daug reikšmės turį bioklimatiniai veiksniai mineralinių medžiagų apykaitai tuo metu, kai pacientas, sirgęs džiova, pradedąs gyti. Neužmirštini esą ir vitaminai, kurie, tur būt, nemažai reguliuoją kalkių apykaitą. *A. Vileišis.*

31. H. Reutwein (Wehrawald): **Icterus simplex und Tuberkulose.** („Beitr. Klin. Tbk." 1939, 93 t., 6 sąs.).

Autorius turėjęs du pacientus, kurie susirgę icterus simplex. Prieš tai jie abudu sirgę džiova, kuri pradėjusi gyti. Persirgus geltligę, džiova atsinaujinusi. Autorius tai aiškinąs šitaip: sergant icterus simplex, buvusi pakenkta retikuloendotelinė sistema. Nuo to sumažėjusios organizmo apsigynimo jėgos ir džiova vėl pasunkėjusi. *A. Vileišis.*

32. Krzyżanowski: **Amyloidosis cutis pas džiovininką.** („Nowiny Lek." 1939 m. 3 sąs., 88 psl.).

Ligonis ūkio darbininkas, 44 m. amž., 1916 m. buvęs sužeistas į galvą. 1917 m. jisai 3 mėn. gydęsis ligoninėje del plaučių džiovos; tuo metu ištikęs per 24 val. kraujavimas iš plaučių. Nuo to laiko gydęsis tiktai namie. Dabar diagnozuoti seni džioviniai pakitimai plaučvarčių (hilus'ų) srityje. Pirmutiniai odos džiovos reiškiniai pasirodę 1916 m. ant kaklo. Šitas procesas vystęsis toliau nepaisant du kartu gulėjimo ligoninėje. Dabar ligonis gydęsis pas autorių daugiau kaip 3 mėn. del odos džiovos. Prieš 15 metų (1923 metais), t. y. praėjus 7-riems metams po pirmųjų odos džiovos reiškinių pasirodymo, ligonis pastebėjęs ant blauzdų, o vėliau ir ant dilbių smulkius pusrutulio pavidalo rudokus gruodelius segtuko galvutės dydžio. Šitas išbėrimas per vienerius metus išplitęs ant viršutinių ir žemutinių galūnių, ir po to nėkiek jau nesikeitęs. Iš pradžių ligonis jautęs niežėjimą, kuris vėliau visiškai pranykęs. Šitas išbėrimas iš pažiūros buvęs panašus į lichen vulgaris Widali. Buvę įtarta, kad čia turima reikalo su retai sutinkama amyloidosis cutis, ką patvirtinę histologiški preparatai ir mėginys su „Kongo" raudone (į odą išvirkštus „Kongo" raudonės 1% skiedinio, amiloidiniai gruodeliai nusidažę barščių spalva). Del panašumo į lichen'ą, šitas pavidalas buvęs pavadintas „lichen amyloidosus" (Freudenthal). Padarius daug tyrimų ir mėginių, amiloido vidaus organuose nerasta. *J. St.*

33. J. Zeyland ir E. Piasecka-Zeyland: **Kurios seilių sudedamosios dalys naikina džiovos bacilus?** („Nowiny Lek." 1938 m. 8 sąs., 261—262 psl.).

Autoriai papildo savo pranešimą (paskelbtą laikraštyje „Gruźlica" 1937 m. 12 sąs., 271 psl. ir „Tubercle" 1937 m. 19 sąs., 24 psl.), kuriame buvo pranešta apie savo tyrimus su žmogaus seilių stabdomuoju veikimu džiovos bacilų augimui.

Dabar autoriai praneša apie 2 tyrimus su jūros kiaulytėmis (iš viso su 29 gyvulėliais), iš kurių tyrimų matyti, kad žmogaus seilės tikrai pasižymi džiovos bacilų žudomaisiais savumais. Be to, autoriai pranešė padarinius 10 tyrimų su džiovos bacilų auginimu, stengdamiesi susekti tą seilių veiksnį, kuris užmuša džiovos bacilus. Šitas veiksnys pasirodė žmogaus seilėse esąs natrium sulfocyanatum (0,007—0,01%), taigi „fiziologiška" koncentracija, aiškiai pasižyminčia žudomuoju veikimu džiovos bacilų atžvilgiu.

Pasak autorių, šitie tyrimai, bent iš dalies išaiškiną nespecifiško atsparumo esmę džiovos užkrėtime, leisią padaryti toliau einančias išvadas del jų pritaikymo praktikoje.

Fiziologas prof. Napoleonas Cybulski jau prieš kelerius metus atkreipęs dėmesį į seilėse esančių sulfocyano junginių bakterijų žudomąjį veikimą, del kurio burnoje esančios žaizdos greitai gyjančios. *J. St.*

Bibliografija.

Dr. Kaz. Dabrowski (Zakopane): **Kas žinotina apie džiovą.** Vadovėlis ligoniams ir jų šeimoms. Warszawa. Warsz. T-wo Przeciwgruźlicze, 1938 m. 73 psl.

Knygelė turi šiuos skyrius: Bendrinės žinios apie užkrečiamąsias ligas. Džiovinė lazdelė. Plaučių statyba. Džiovos etiologija. Patologinė anatomija. Džiovos eigą veikiančios įtakos. Plaučių džiovos reiškiniai ir pradžia. Neplaučinė džiova. Profilaktiniai ir priešdžioviniai skiepijimai. Džiovos

gydymas. Džiova ir moterystė bei nėštumas. Visuomeninė kova su plaučių džiova. Patarimai dirbantiems džiovininkams.

Tema plati, aiškiai ir prieinamai išdėstyta. Pateiktų faktų gausumas padidina knygelės vertę. Puikus anatominių sąlygų ir ligos klausimų apibūdinimas. „Plaučių ląsta sudaro savo rūšies uždarą pintinę". „Bakterijos galima palyginti su į dirvą patenkančiu grūdu... niekas iš dykumos smėlio nesugebės padaryti derlingo juodžemio".

Pateikta keletas vykusių minčių apie pneumothorax'ą, k. a.: „Pneumothorax'as paprastai uždedamas sanatorijoje... Praėjus kelioms savaitėms po pneumothorax'o uždėjimo, ligonis gali grįžti prie paprasto savo užsiėmimo... Pneumothorax'as nekliudo darbo dirbti... Nėra taip, kaip nenusimanantieji mano, kad pneumothorax'as uždėtinas bevilčiais atsitikimais... Tuomet jau yra pervėlu pneumothorax'as pavartoti". — Apie vedybas: „Vyras džiovininkas, apsivesdamas, greičiau laimi, o moteris, ištekėdama, greičiausiai nustoja". — Klausimas apie nepastojimą ir nėštumo nutraukimą išdėstytas kompromisiškai. — Apie farmakologišką gydymą pasakyta štai kas: „Niekas jau turbūt nebetiki vaistais, kurie gydytų džiovą". „I auksą jau nebežiūrima, kaip į džiovinius bacilus užmušantį vaistą, o tiktai kaip į jaudinamąjį gydymą". — Labai teisingas šis sakinys: „Kova su džiova, tai nėra kova vien tiktai su džioviniu bacilu, bet taippat ir kova su skurdu ir besaikiu darbu". — Pagaliau: „Ligoninėje, o ne namie, turi mirti kiekvienas džiovininkas".

Šita knygelė tinka ne vien tiktai džiovininkams bei jų šeimoms, bet taippat tiktų kaip vadovėlis pasikalbėjimams su besimokančia pradžios mokyklų ir vidurinių mokyklų jaunuomene, o ypačiai besiruošiančia būti slaugytojais. Net ir nespecialistams gydytojams pravartu būtų susipažinti su šitos knygelės turiniu.

Knygelėje reikėtų smarkiau pabrėžti rentgeniško tyrimo reikalingumas, ir taippat simptominio gydymo taikymas, ypačiai kosuliui bei skausmams sušvelninti. *J. St.*

Kronika.

NEKROLOGAS.

1942 m. spalių mėn. 3 d. suejo vieneri metai nuo žymaus Europos pediatro prof. Adalberto Czerny'o mirties.

Jau 1888 metais pasirinkdamas vaikų ligų specialybę, prof. Czerny įžengė į visai mažai ištirtą medicinos sritį, paviliojusią jauną mokslininką savo plačiais naujų stebėjimų ir naujų išradimų galimumais, nes tame amžiuje tat buvo labai nepopuliari specialybė — kūdikių gimimų skaičius buvo didelis ir pakankamai išlygindavo didelio kūdikių mirtingumo skaičių. Visuomenėje vyravo nuomonė, kad tokia padėtis esanti normali ir priimtina, nes didelis mirtingumas esąs fiziologinė atranka. Tad vaikų organizmo ypatybes studijuoti ir ieškoti medicinos mokslo keliais priemonių vaikams apsaugoti nuo ligų bei mirties niekas nevertė ir neskatino. Vokietijos universitetuose vaikų ligų dėstymas nebuvo privalomas, vaikų klinikų visai nebuvo. Mėgėjai galėjo studijuoti vaikų ligas kūdikių prieglaudose bei miestų ambulatorijose. Kaikuriose Europos valstybėse pasirodė pirmieji vaikų ligų žurnalai, iš jų tik vienas Vokietijoje. Vaikų ligų vadovėlis buvo tik vienas. Vaikų ligomis gydytojų tarpe, paties Czerny'o žodžiais, domėjosi tik tie, kurie patys turėjo vaikų ir norėjo sužinoti, kaip jiems padėti ligoje. Czerny pasirinko tą medicinos mokslo sritį giliai įsitikinęs, kad čia esanti spraga medicinos moksle ir kad pediatrija galinti turėti daug didesnės reikšmės žmonijai, negu kad manė kiti jo laikų žmonės.

1888—1941 metų tarpas, Czerny'o mokslinės veiklos laikotarpis, gali būti pavadintas vaikų ligų mokslo prisikėlimo ir žydėjimo laikotarpiu. Šian-

dien jau visi Europos universitetai turi privalomas vaikų ligų katedras ir gerai pastatytas vaikų klinikas. Kūdikių mirtingumas per tą laiką iš 29% nusileido iki 6% Vokietijoje, 12% Lietuvoje ir apie tiek kitose valstybėse. Buvo sukurta vaiko fiziologija ir patologija. Czerny'ui esame dėkingi už jo kūrybinį vaikų konstitucijų suformavimą, už nepaprastą patologiškų funkcijų esmės kūdikių organizme susisteminimą, už visą eilę platesnių ir siauresnių klausimų išsprendimą, kurie sudarė neklaidingus dėsnius vaikų ligų mokslo srityje ir kurių daugumos nei kritika, nei polemika, nei priešingų nusistatymų tyrinėjimai ligšiol neišgriovė.

PROF. ADALBERTAS CZERNY.

Ne kiekvienas mokslininkas turi pedagoginių gabumų, bet Czerny, kaip tik kartu su neginčijamu moksliniu talentu, pasižymėjo, kaip vienas iš geriausių pedagogų. Profesoriaudamas jis kovojo už tai, kad dėstomajam mokslui būtų tinkamos sąlygos, kad kiekviena vaikų klinika turėtų tinkamas būstines, gerai įrengtas laboratorijas, gerai pastatytą ir būtinai prityrusių gydytojų vedamą ambulatoriją, atskirą vaikų infekcinių ligų skyrių, atskirą vaikų chirurgiją su ortopedija ir, žinoma, mokslui tinkamą personalą. Tuo būdu daugelis vaikų ligų klinikų virto rimtų tyrinėjimų ir mokslo pažangos židiniais. Jis kiekviena proga perspėdavo studentus nuo paviršutiniškumo, nepatardavo vienašališkai domėtis didele medžiaga ambulatorijose, nes ne kiekybė, o tik kokybė įsigytų stebėjimų bei tyrimų reikalinga gydytojui; jis reikalaudavo iš vaikų gydytojo vaiko psichologijos bei psichopatologijos gero žinojimo, o iš asistentų, be to, gero pasiruošimo bakteriologijoje, fiziologijoje ir kitose medicinos mokslo šakose; jis mokė visuomet matyti „visą vaiką", su visa jo konstitucija (jo asmenine psichologija ar simptomų suma), ne tik jo gydomą kūno dalį; jis mokė kiekvieną klausimą nagrinėti iki šaknų, mokė etiologiškai galvoti, uždegdavo bendradarbius naujomis problemomis, pats dirbdavo ir kitus traukdavo su savimi.

Pradėjus po didžiojo karo branginti kūdikių gyvybę ir valstybiniu mastu kovoti su vaikų ligomis, nedidelėje Czerny'o klinikoje Berlin'e (Charité), kur buvo iš viso apie 100 lovų, dirbdavo vienu metu po 80 gydytojų ne tik iš įvairių Europos valstybių, bet ir iš įvairių pasaulio kraštų jaunų gydytojų. Jis niekam nepavydėjo pasisekimo moksle, duosniai da-

linosi savo didele mokslo žinių atsarga ir džiaugėsi savo buvusių mokinių ir bendradarbių pažanga.

Vadinamosios „Czerny'o mokyklos" daugelių klausimų prisilaiko ir V. D. Univ-to Vaikų klinika. Ir čia, kaip ir kitose kultūrinėse šalyse, jo vardas minimas su dėkingumu ir pagarba.

Dr. A. Birutienė.

AUKŠTASIS MEDICINOS MOKSLAS.

× **Med. gydytojo diplomą** yra gavę šie asmenys: Kojelis Alfonsas, Morkūnas-Markauskas Bernardas, Uogintas Juozas, Valečkaitė Marija ir Volodzka Leonas.

× **Dantų gydytojo diplomą** yra gavę šie asmenys: Leiputė-Žerolienė Liudvika, Pajaujytė Zuzana, Senvaitytė Valerija ir Žilinskaitė-Krupenienė Valerija-Birutė.

× **Chemiko - vaistininko diplomą** yra gavę šie asmenys: Bruzgulis Vytautas ir Lašas Lionginas.

× **Gyd. Stasys Paulauskas** išrinktas akių ligų katedros jaun. asistentu.

× **Chemikas - vaistininkas Alfonsas Gabrėnas** išrinktas farmacijos katedros adjunktu.

× **Adj. V. Vaičiūno promocijos klausimui** apsvarstyti išrinkta komisija iš prof. V. Tumėnienės, prof. B. Sidaravičiaus ir doc. A. Starkaus.

× **Adj. Vl. Kairiūkščio promocijos klausimui** apsvarstyti išrinkta komisija iš prof. V. Kanaukos, prof. Bl. Abraičio ir prof. J. Meškausko.

× **Dr. K. Pautienis,** buv. Alytaus apskr. sav-bės ligoninės chirurgijos skyriaus vedėjas, paskirtas V. D. Un-to Medicinos fakulteto Chirurgijos katedros lektoriumi.

DRAUGIJOS, SUSIRINKIMAI, ĮVAIRENYBĖS.

× **Lietuvos Generalinės Srities Blaivinimo sąjunga** ilgamečio blaivybės darbuotojo prof. d-ro J. Bagdono pastangomis atgaivinta, jos įstatai ir Vyr. Valdybos sudėtis p. Generalinio Komisaro patvirtinti. Vyr. Valdybą sudaro: prof. dr. J. Bagdonas, prof. d-ras V. Lašas, prof. kun. dr. Gruodis, adj. d-ras V. Vaičiūnas, prof. kun. Yla, mok. Saladžius ir d-ras Tupčiauskas.

Artimiausiu laiku numatoma pradėti leisti blaivinimo propagandos žurnalas „Darbas ir Sveikata".

× **Pradėjo veikti geležinkelio ligonių kasa.** Kaip visoje Lietuvoje, taip pat ir Kaune, dabartiniu laiku pradėjo veikti Geležinkelio Ligonių Kasa. Šioje kasoje yra apdrausti visi geležinkelininkai su jų šeimomis, kurie gauna iš kasos gydytoją, ligoninės gydymą ir ligos pašalpą. Už vaistus, bandažus, akinius ir kt. kasa primoka 50%. Taippat mokama pašalpa gimdymo ir mirties atvejais.

Pažymėtina, kad kasa laikosi ir veikiančiu Vokietijoje laisvu gydytojų pasirinkimo principu, vadinasi, kasos narys turi teisę gydytis pas savo paties pasirinktą gydytoją, kuriam kasa atlygina pagal jo pristatytą sąskaitą. Todėl visi gydytojai yra prašomi priiminėti geležinkelininkus, kurie kreipiasi į juos su galiojančiais ligonio lapeliais. Informacijų šiuo reikalu mielai teikia Kauno Geležinkelio ambulatorijos vedėjas dr. Didžys, tel. 24331—158.

× **Antialkoholinė paroda** š. m. gruodžio mėn. 8 d. iškilmingai atidaryta V. D. Kultūros Muziejaus būstinėje, dalyvaujant Pirmajam Generaliniam Tarėjui gen. Kubiliūnui, vyskupui Brizgiui, Švietimo general. tarėjo pavad. Reiniui, Vyr. Sveikatos Valdybos Generaliniam Direktoriui dr-ui B. Matulioniui ir daugeliui kviestųjų svečių bei spaudos atstovų. Atidarymo proga pasakyta keletas kalbų. Po oficialiosios dalies sekė meninė dalis, kurią atliko V. D. Univ-to choras ir Karo Invalidų orkestras.

× **Tautos prieauglio padidėjimu** yra rimtai susirūpinusi Bulgarijos vyriausybė. Tam tikslui esą sumanyta padidinti vedybų skaičius, del ko savaime turėsiąs padidėti ir gimimų skaičius. Viengungiai, išėję vidurinį mokslą ir susilaukę 27 metų amž., taippat baigę aukštąjį mokslą ir susilaukę 30 metų, per pusantrų metų turėsią apsivesti. Neįvykdžiusieji šito įsakymo būsią atleisti iš tarnybos ir, be to, būsią apkrauti papildomais mokesčiais. Didelėms šeimoms būsianti suteikta gausi parama. Daugiavaikės motinos būsiančios apdovanotos ypatingais garbės ženklais ir joms numatoma pirmenybė geležinkeliuose, autobusuose, tramvajuose ir krautuvėse. Bevaikėms šeimoms mokesčiai būsią padidinti. Našlės taippat turėsiančios antrą kartą ištekėti.

× **„Darbas ir Sveikata"**, Liet. Blaivinimo Sąjungos dvisavaitinis žurnalas, pradėsiąs išeiti nuo 1943 m. sausio mėn. 15 d. To paties mėnesio pabaigoje Sąjunga išleisianti priešalkoholinio turinio kalendorių „Sveikata", kuriame būsią išspausdinti Liet. Blaivinimo Sąjungos įstatai ir idėjiniai Sąjungos pagrindai bei veikimas.

MED. GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Med. gydytojo praktikos teises** yra gavę šie med. gydytojai: Andriuškevičius Romanas, Bakučionis Marijonas (laik.), Balcas Anatolijus (laik.), Birietaitė Sofija, Borodičiūtė Antanina (laik.), Borusevičius Česlovas (laik.), Butkevičius Edmundas, Česnovska Jadvyga (laik.), Dirsė Alfonsas, Fekečienė Ona (laik.), Gamperas Jurgis (laik.), Gerlee Eugenijus (laik.), Hiller Stanislovas (laik.), Ignatonienė-Meižytė Lilija, Javorskienė Halina (laik.), Jazvinskis Antanas, Jekevičiūtė Janina, Junevičiūtė Joanna, Jurikas Steponas (laik.), Kanigovskis Zigmas (laik.), Karkienė-Grinevičiūtė Marija, Kasakaitienė-Škėmaitė Birutė, Kasperavičius Feliksas (laik.), Kiakšto Antanas (laik.), Kisielienė Zigma (laik.), Koiševskienė Janina (laik.), Kolosovskis Zigmantas, Kozakevičiūtė Angelina (laik.), Kulevičius Aleksandras (laik.), Kunickis Teodoras (laik.), Kurtzienė Cecilija (laik.), Legežynskis Stanislovas (laik.), Leyko Emilis (laik.), Lipkinaitė Aleksandra, Marčiukaitis Stasys, Masaitis Vladas, Molofejevienė Galina, Odyniec Vaclovas (laik.), Paužienė-Rešeliauskaitė Valerija, Paulikovskienė Irena (laik.), Pavilčiūtė Apolonija, Petraitis Kazys, Piotrovskis Florijanas (laik.), Pražmovskis Vladas (laik.), Ritleris Aleksandras (laik.), Rymaševskienė Jadvyga (laik.), Romanovskaitė Izabelė, Rudzinskis Cezaris (laik.), Rutkauskas Vytautas, Sielskaitė Anelė, Silvanovičius Vytautas (laik.), Stanionis Stasys, Stanynienė-Žalkauskaitė Galina, Strimavičiūtė Adelė, Svieževskienė Juzefa-Zita (laik.), Šeibelis Stasys, Ušinskis Zigmas (laik.), Valaitienė-Gotautaitė - Vaišvilaitė Ona, Vengrauskas Mečys, Venslovienė-Marcinkevičiūtė Adelė, Zalevskis Vladas (laik.), Zavadskis Zigmas ir Zgirskienė-Harnievič Jadvyga (laik.).

× **Med. gydytojai, išdavę nedarbingumo pažymėjimus,** nepatikrinę atidžiai sveikatos, Generalinio Komisaro būsią baudžiami kaip už sabotažą.

× **Parduodamas chirurgiškas stalas,** metalinis, baltai dažytas, sulankstomas ir todėl portatyvus bei kambaryje maža vietos teužimąs, ypačiai tinkąs kaimo praktikoje, 53 cm. pločio ir 184 cm. ilgio (ištiestas), dar nedaug vartotas. Kreiptis į „L. Medicinos" Redakciją-Administraciją.

× **Statomas paminklas bolševikų nužudytiems Panevėžio gydytojams.** Prie Panevėžio apskr. ligoninės fasado priekinėje aikštelėje statomas paminklas bolševikų nukankintiems gydytojams: dr. J. Žemguliui, dr. St. Mačiuliui ir dr. Gudoniui atminti. Paminklas bus akmeninis, trikampio formos. Darbai jau baigiami. Liko tik iškalti bareljefai. Paminklas kainuos per 800 RM. Paminklo autorius ir darbų vykdytojas skulptorius Bučas.

DANTŲ GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Dantų gydytojo praktikos teises** yra gavę šie dantų gydytojai: Balienė Bronislava, Balšaitytė Valerija, Beržinskienė Franciška, Bobrovskaitė Vanda (laik.), Gasperavičienė Klementina (laik.), Krupienienė-Žilinskaitė Valerija, Pajaujytė Zuzana, Puskepalaitienė-Rudytė Marija (laik.), Smolskytė-Ožinskaitė Marija, Urbienė-Petkelytė Birutė ir Visockienė Nadzieja (laik.).

VETERINARIJOS GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Veterinarijos gydytojų trečioji laida.** Šiais metais gruodžio mėn. 15 d. baigė veterinarijos mokslų kursą ir pradėjo laikyti šie 23 veterinarijos kandidatai: Petr. Ambrozaitis, Z. Beržiūnas, G. Buividas, Ad. Butkus, J. Butkus, Pr. Cipas, Fel. Černius, L. Dzikas, Petr. Gailiūnas, St. Giedgaudas, Pov. Gudjurgis, V. Jusius, J. Kairiūkštis, K. Kasperavičius, V. Leonavičius, Pr. Lingis, Aleks. Osteika, Iz. Sabaitis, Ant. Saplys, Ant. Vaičiulis, Petr. Vaičiulis, Vyt. Vaičiūnas ir Alg. Vasiukevičius.

SVEIKATOS REIKALAIS

× **Vyr. Sveikatos Valdybos žinios apie susirgimus užkrečiamosiomis ligomis** 1942 m. spalių mėn.: Typhus abdom. 140, paratyphus 22, dysenteria 10, typhus exanth. 70, enterocolitis inf. 22, sepsis puerp. 1, erysipelas 49, encephal. epid. 2, mening. epid. 30, diphther. 752, pertussis 391, scarlat. 151, morbilli 259, trachoma 208, tuberkul. 556, lyssa 1, tetanus 2, botulismus 1, morb. Heine-Medini 1, gonorrh. 334, syphilis 65, scabies 239, varicella 27, odos ligos 98, poliomyel. epid. 4, influenza 12, raudonlige 4.

× **Vyr. Sveikatos Valdybos žinios apie susirgimus užkrečiamosiomis ligomis** 1942 m. lapkričio mėn.: Typhus abdom. 102, paratyphus 14, dysenter. 6, tyhus exanth. 48, enterocol. inf. 6, sepsis puerper. 3, erysipelas 34, encephal. epid. 1, mening. epid. 31, diphther. 852, pertussis 344, scarlat. 132, morbilli 570, trachoma 223, tuberkulioze 506, tetanus 1, morb. Heine-Medini 1, malarija 1, gonorrh. 289, syphilis 41, scabies 713, parotit. epid. 1, varicella 61, odos lig. 106, poliomyel. epid. 3, influenza 12, raudonlige 4.

× **Vilniaus Odos Tuberkuliozės ligoninės pranešimas.**

Pranešama ligonių žiniai, kad šita ligoninė yra pritaikyta specialiai odos džiovai gydyti. Lovų skaičius yra aprėžtas, o gydymu turės pasinaudoti visi ligoniai, sergą odos džiova. Kad ligoniai nenukentėtų dėl vietų stokos, reikalinga sudaryti ligonių aprūpinimo gydymu planas. Tam tikslui prašomi visi ligoniai, sergą odos džiova, įsiregistruoti pri-

siunčiant ligoninei: 1) vardą, pavardę, amžių, smulkų adresą; 2) nuo kada odos džiova serga; 3) ar liga nustatyta gydytojo ir, jei ne, tai registruotis tik gydytojui ligą patvirtinus; 4) kurioje vietoje odos džiova yra ir kaip plačiai išplitusi; 5) ar ligonis nori pradėti gydytis tuojau ar vėliau. Registruotis prašoma artimiausiu laiku. Kas neįsiregistruos, tas galės nukentėti negalėdamas laiku pasinaudoti ligoninės teikiamu gydymu. Ligonių, sergančių odos džiova, artimieji ir pažįstami prašomi apie tai ligonius informuoti, kad nė vienas odos džiovininkas neliktų nežinomas ligoninei. Ligoniai, prisiuntę adresus, gaus užpildyti ligą ir gydymą liečiančias anketas.

Ligoninės adresas: Vilnius, Vasaros g-vė 3.

Ligoninės Direktorius.

× **Kauniečiai raginami įskiepyti savo vaikus nuo difterito.**

Kauno miesto gyventojai raginami nepraleisti progos apsaugoti savo vaikus 1—12 mt. amžiaus nuo gresiančio jiems difterito pavojaus. Apsaugojamieji skiepijimai nuo difterito jau atliekami **visuose Kauno miesto Konsultacijų punktuose** (tuose pačiuose, kur gydomi miesto vaikai).

Pabrėžiama, kad apsaugojamieji skiepijimai yra visiškai nekenksmingi, gali būti atliekami be jokios baimės net difterito epidemijos metu ir neturi nieko bendra su difterito gydomuoju serumu, kuris kartais vartojamas skubotai sveikų vaikų apsaugai, ištikus toje pačioje šeimoje difteritui, bet saugoja labai trumpai — ne ilgiau kaip 2—3 savaitėms. Konsultacijose atliekami skiepijimai **saugoja vaikus nuo difterito keletui metų.** Skiepijama **būtinai 2 kartu** su 3 savaičių protarpiu. Jei labai retais atsitikimais paskiepytam vaikui pasitaikydavo susirgti difteritu, kaip rodo kitų kraštų patyrimai, tai liga praeidavo labai lengvai — niekuomet nesibaigdavo mirtimi, o gydomasai difterito serumas gelbėdavo dar geriau negu neskiepytam vaikui.

Skiepijimai bus daromi Konsultacijose **tik iki kovo mėnesio.** Skiepų kiekis yra aprėžtas, todėl tėvai prašomi pasiskubinti ir nesibijoti šalto laiko, nes po skiepijimo vaikai neserga, pasilieka tiek pat linksmi, sveiki ir gali be pertraukos tęsti mokslą.

Kauno miesto Motinos ir Vaiko Centrinė Konsultacija.

× **Nuutėlinamosios įstaigos.** Kovai su įvairiomis užkrečiamosiomis ligomis ir jų nešiotojais parazitais Lietuvos apskrityse steigiamos nuutėlinamosios įstaigos. Prie šitų įstaigų esančiose pirtyse būsią galima švariai išsimaudyti, o tuo pačiu metu drabužiai būsią dezinfekuojami, resp. dezinsekuojami. Panevėžio apskrityje tokios nuutėlinamosios įstaigos statomos: Kupiškyje, Raguvoje, Ramygaloje ir Šeduvoje. Kauno apskrityje jos statomos: Jonavoje, Rumšiškėse, Vendžiogaloje ir Vilkijoje.

× **Natūralus Kauno m. gyventojų judėjimas,** Kauno m. civilinės metrikacijos biuro duomenimis, 1942 m. gruodžio mėn. buvo šis: santuokų 207, gimimų 207 ir mirimų 140.

To paties biuro duomenimis per 1942 metus įregistruota 3.457 gimimo, 1.485 santuokos ir 1.665 mirimo aktai.

× **Kauno m. ambulatorijų veikla.** Per š. m. lapkričio mėn. į Sveikatos Valdybos žinioje esančias Kaune Naujamiesčio, Senamiesčio, Žaliakalnio ir Šančių ambulatorijas atsilankė 39.470 ligonių. Čia padaryta 4.033 analizės, o 785 ligoniai atlankyti namuose. Epidemiologijos Dezinfekcijos Stotis per tą laiką padarė 168 dezinfekcijas. Ligoniams papildomam maisto daviniui gauti išduota 4.820 pažymėjimų.

× **Tuberkuliozinis dispanseris** numatoma įsteigti Ašmenoje.

1948
3242

LIETUVIŠKOJI

MEDICINA

MĖNESINIS LAIKRAŠTIS,

SKIRIAMAS

medicinos mokslo, praktikos ir gydytojų profesiniams reikalams.

XXIII t.

1942 m.

„LIETUVIŠKOSIOS MEDICINOS“ 1942 METŲ TURINYS.

Paaiškinimai.

Ptr. = klinikos ir praktikos patyrimai; ref. = referatai.

Originaliniai straipsniai, jų autorių pavardės skliausteliuose ir puslapių skaitmenys V-je abėcėlinėje dalyje išspausdinti kursyvu.

I.

Originaliniai medicinos mokslo straipsniai.

Adomavičius, J.: Tuberkuliozę simuliuoją susirgimai ..... (11—12 nr.) 882—887.

Aleksandravičienė, E.: Vaiko kepenų funkcijos tyrimai Handl'io chinininio mėginio pagalba .. (2—3 nr.) 186—195.

Balsevičius, P.: Fistula sacrale ex teratomate .... (6 nr.) 485—487.

Čeponis, K.: Svetimkūnis, išgulėjęs stemplėje 2 mt. ir 3 mėn. ..... (6 nr.) 465—471.

Čepulis, St.: Išgydytas agranuliocitozės atsitikimas.. (4 nr.) 322—325.

Čerškus, A.: Tuberkuliozinis apendicitas ..... (11—12 nr.) 928—931.

Čibiras, P.: Konstitucijos reikšmė tuberkuliozės prognozei ..... (11—12 nr.) 901—906.

Damijonaitis, V.: Ryškūs stomatogeninės židininės infekcijos atsitikimai ..... (4 nr.) 325—329.

„ Simptominis trišakio nervo neuralgijos atsitikimas ..... (9 nr.) 736—737.

Elvikis, E.: Eksperimentinių leukopenijų gydymas vitaminais ir transfūzijomis ..... (4 nr.) 285—299.

„ Du komplikuotos piktybinės anemijos (anaemia perniciosa) atsitikimai .....

Grinius, K.: Džiovos ar tuberkuliozės terminologijos projektas ..... (11—12 nr.) 931—942.

Gudas-Gudavičius, Pr.: Edemų gydymas intraveniniais kalio citrato švirkštimais ..... (9 nr.) 709—729.

Indrašius, N.: Achondroplasia ..... (2—3 nr.) 229—232.

„ Žmogaus psichikos kitimas masiniame sąjūdyje ..... (7 nr.) 561—563.

„ Sympathosis ..... (9 nr.) 673—682.

J-us: Dabartinis otosklerozės mokslo stovis ..... (1 nr.) 44— 50.

Jaržemskas, J.: Stabligės (tetanus'o) atsitikimas, kaip šautinės žaizdos padarinys ..... (1 nr.) 61— 63.

Jocius, J.: Šlaunikaulio kaklelio lūžimo pažinimas ir konservatyvus gydymas ..... (6 nr.) 491—495.

Kaminskienė, A.: Kūdikių plaučių uždegimo gydymas sulfamidais ..... (10 nr.) 790—799.

Kapsas, K.: Coma diabeticum klausimu ..... (1 nr.) 22— 29.

Kazlauskas, P.: Lietuvių akių spalvos klausimu .... (1 nr.) 1— 22.
„ Akiniai ..... (4 nr.) 299—313.
„ Išverstakumo (exophthalmus'o) atsitikimas . (6 nr.) 475—476.
Kimbaras, J.: Apie chlorido įtaką Buscaino reakcijai (8 nr.) 593—600.
Kupčinskas, J.: Neuropsichiniai veiksniai tuberkuliozės eigoje ..... (11—12 nr.) 841—851.
Kuzma, Vl.: Akroosteopathiae humeri ..... (6 nr.) 472—474.
„ Apatinės galūnės tenoplastika, tenodezė, tenoartrodezė bei artrorizė po polimyelito (6 nr.) 487—490.
„ Hipoleukocitozė šių metų staigių apendicitų atsitikimais ..... (6 nr.) 495—498.
Labanauskas, K.: Mokyklinio jaunimo sanitarinė priežiūra ..... (2—3 nr.) 195—204.
Lašas, Vl. ir *Kuprys, J.*: Lietuvos gyventojų mitimas 1925—1940 metais ..... (4 nr.) 265—299.
„ „ ..... (5 nr.) 362—380.
„ „ ..... (6 nr.) 437—452.
Luchtanas, B.: Freund'o-Kaminer'io ca-lytiška reakcija Bauer'io modifikacijoje ..... (7 nr.) 557—560.
Maciūnas, A.: Fibromyxomata cutis in regione deltoidea sin. ..... (6 nr.) 477—478.
„ Phlegmone thoracis ex osteomyelitide costal. ..... (6 nr.) 476—477.
Marcinkevičius, M.: Pleuros empyemų gydymas konservatyviu būdu ..... (1 nr.) 30— 33.
Margenis, J.: Epideminis cerebrospinalinis meningitas ir jo gydymas Joniškėlio apylinkės ligoninės duomenimis ..... (2—3 nr.) 120—144.
„ Difterija ir jos gydymas Joniškėlio ligoninės duomenimis ..... (2—3 nr.) 144—186.
„ Dėmėtoji šiltinė ir jos gydymas Joniškėlio ligoninės duomenimis ..... (9 nr.) 682—709.
„ Hipertonija arba hipertensija ir jos gydymas ..... (10 nr.) 800—810.
„ Tuberkuliozės plitimas, dažnumas ir mirtingumas nuo jos ..... (11—12 nr.) 914—928.
Matulevičius, A.: Kauno vaikų infekcinė ligoninė (2—3 nr.) 210—217.
Miknevičienė-Ždanavičiūtė, E.: Difterijos stebėjimai Kauno vaikų infekcinėje ligoninėje .. (2—3 nr.) 224—229.
Minelga, Br.: Spektroskopinis kraujo tyrimas..... (1 nr.) 33— 34.
Neniškis, J.: Hydrops tubae profluens atsitikimas.. (7 nr.) 568—571.
„ Džiova ir nėštumas ..... (11—12 nr.) 851—882.
Paprockas, V.: Boas'o taškas ..... (6 nr.) 474—475.
„ Arteriografija kaip diagnostinė priemonė (10 nr.) 761—789.
Raciūtė, St.: Epideminiai ir infekciniai encefalitai.. (2—3 nr.) 217—224.
Ras., H.: Greitoji pagalba širdies ir kraujagyslių ligose (7 nr.) 513—557.
Runkevičius, J.: Tuberkuliozės profilaktikos klausimu ..... (11—12 nr.) 907—913.
S., J.: Kova su tymais. ..... (2—3 nr.) 113—120.
Savickas, T.: Sarcoma humeri ..... (6 nr.) 482—484.
Stankaitis, J.: Ruptura uteri in graviditate ..... (6 nr.) 445—446.
Stelmokas, L.: Fizinis lavinimas priešmokykliniame amžiuje ..... (2—3 nr.) 223—236.
Stropus, A.: 100 konservuoto kraujo transfūzijų .... (8 nr.) 621—637.
Šegamogas, J.: Rankos pirštų tendovaginitai ir jų gydymas ..... (5 nr.) 389—397.
Širmenis, V.: 40 metų adrenalinui ..... (5 nr.) 408—411.

Šiurkus, T.: Dubens ir pars prostatica urethrae sužalojimas granatos skeveldra ..... (6 nr.) 478—480.
„ Trauminės kaulų tuberkuliozės klausimu (6 nr.) 481—482.
„ Appendicitis ascaridica ..... (8 nr.) 614—616.
„ Asepsinės kaulų nekrozės (Morbus Kienböck'i) ..... (9 nr.) 729—437.
„ Trauma ir chirurginė tuberkuliozė.. (11—12 nr.) 887—901.
Šopauskas, J. ir *Bintakys, F.:* Nemuno ir Neries vandens Kauno apylinkėse bakteriologinio tyrimo duomenys ..... (5 nr.) 345—361.
Tupčiauskas, V.: Šilimos nepakankamumo įtaka naujagimių susirgimams ir mirtingumui. .. (8 nr.) 607—613.
Vaičiūnas, V.: Balbuties ..... (2—3 nr.) 204—210.
„ Ūminių toksinių psichozių, stebėtų V. D. Un-to klinikose ir Kauno infekcinėje ligoninėje, proga ..... (4 nr.) 313—322.
„ Psichinė higiena slaugyme ..... (7 nr.) 564—567.
Valteris, K.: Abrachius ..... (8 nr.) 617—620.
Vencius, Ks.: Nepaprastas svetimkūnis retrofacialinėje spenio ataugos ląstelėje ..... (1 nr.) 56— 61.
„ Pirminės ausies sarkomos atsitikimas.. (1 nr.) 50— 56.

II.

Informaciniai straipsniai, apyskaitos, nekrologai.

Birutienė, A.: Prof. A. Czerny (mirties vienerių metų sukaktis) ..... (11—12 nr.) 963—965.
Čepulis, St.: Stomatologinių ligų klinika Vilniaus miesto bei krašto statistinių žinių šviesoje (10 nr.) 811—829.
Girbudas, P.: A. a. gyd. Vladas Žilinskas (nekrologas) (4 nr.) 339.
„ A. a. Aleksandras Hurčinas (nekrologas) (4 nr.) 339.
Josiukas, A.: Alytaus sanatorijos kūrimasis ir jos veikla iki 1941 m. gruodžio mėn. 31 d. (11—12 nr.) 943—954.
Margenis, J.: Joniškėlio apylinkės ligoninės 1941 m. veikla. ..... (1 nr.) 63— 74.
„ Ligoninių darbo statistiniai rodikliai .... (8 nr.) 652—656.
St., J.: A. a. Gen. Jonas Jurgis Bulota (nekrologas) (2—3 nr.) 260—262.
Šidlauskas, Alf.: Vilniaus miesto 1-osios poliklinikos 1942 m. 1-ojo pusmečio apyskaita ..... (7 nr.) 572—573.
Vaičiūnas, V. ir Urbas, S.: V. D. Un-to Nervų ir psichikos klinikos mediciniškoji apyskaita už 1941 m. ..... (5 nr.) 401—408.

III.

Referatai.

Akių ligos.

Dirdienė, L.: 18 ref. (11—12 nr., 955 p.) Prof. dr. W. Stock: Chroniškas uveitas, jo etiologija ir gydymas.

Insoda, V.: 1 ref. (8 nr., 660 p.) E. Burnet, A. Cuenod, R. Nataf: Trachombehandlung durch ein Azosulfamid. — 2 ref. (8 nr., 661 p.) Prof. K. Lindner: Über die Behandlung des Trachoms mit Albucid.

Akušerija ir ginekologija.

Neniškis, J.: 3 ref. (6 nr., 502) Dr. Wespi: Die Beeinflussung der Hypoprothrombinämie des Neugeborenen durch Verabreichung von Vitamin K bei der Mutter sub partu. — 4 ref. (6 nr., 502 p.) Dr. Otto Neumann: Zur Behandlung der fieberhaften Fehlgeburt. — 5 ref. (6 nr., 503 p.) H. Dietel: Die Diagnose der weiblichen Genitaltuberkulose. — 6 ref. (6 nr., 503 p.) P. Caffier: Kritisches zur Frage der Sterilitätsbehandlung speziel mit Hormonen. — 7 ref. (6 nr., 504 p.) Dr. Koller u. Leuthordt: Quantitative Bestimmungen östrogener Stoffe in der Schwangerschaft, und während der Geburt. — 8 ref. (8 nr., 659 p.) Hans Hinselmann: Die Blauprobe zur Prüfung der Tubendurchgängigkeit. — 9 ref. (8 nr., 659 p.) Dr. W. Giesen: Wesen und Behandlungsform von Zwischenblutungen.

Paltanavičius, K.: 8 ref. (10 nr., 834 p.) Wenner a. Joël: Stilbestrol'io ir anhydro-oxyprogesteron'o įtaka menstruacijai ir laktacijai.

St., J.: 1 ref. (1 nr., 79 p.) Prof. K. Ehrhardt: Placentos (nuovalų) rentgenavimas. — 2 ref. (1 nr., 79 p.) Giroud, A., Ratsimamanga, R., Leblond: Kiaušdėčių veiklos pareinamumas nuo C- vitamino.

Ausų, nosies ir gerklės ligos.

Dičpinigaitis, J.: 16 ref. (11—12 nr., 954 p.) A. Sattler: Gerklės džiovos gydymas spinduliais.

St., J.: 15 ref. (11—12 nr., 954 p.) Griebel: Die Glossitis superficialis als Hypovitaminose und ihre Beziehungen zur Lungentuberkulose.

Aviacinė medicina.

Paltanavičius, K.: 1 ref. (4 nr., 332 p.) Schubert ir Grüner: Staigių spaudimo svyravimų įtaka sveikatai.

Chirurgija.

Paltanavičius, K.: 3 ref. (5 nr. 413 p.) Mackenzie: Cancer uteri simptomai ir diagnozė. — 13 ref. (11—12 nr., 953 p.) Scheel: Osteosklerozė tuberkuliozinio spondylito metu. — 14 ref. (11—12 nr., 953 p.) Bade: Spondylitis infectiosa diferencinė diagnozė.

St., J. 1 ref. (1 nr., 78 p.) Soegesser: Apie pooperacinio plaučių uždegimo etiologiją.

Histologija.

Labanauskas, K.: 1 ref. (8 nr., 661 p.) Prof. dr. P. Busse-Grawetz: Reaktionen in Mumiengeweben. — 2 ref. (8 nr., 661 p.) Friedrich Krueger: Über das Hartwerden in Paraffin eingebetteter Präparate.

Nervų ir psichinės ligos.

Dičpinigaitis, J.: 22 ref. (11—12 nr., 958 p.) J. Altrock: Die Bedeutung der Kochsalzbestimmung in der Rükenmarksflüssigkeit für die Diagnose der tuberkulösen Meningitis.

Indrašius, N.: 3 ref. (4 nr., 333 p.) Barnhoorn: Elektrošokų metodė šizofrenijai gydyti. — 4 ref. (4 nr., 334 p.) Lehowezky, T. V.: Über die Gehirnveränderungen bei der Chorea minor (Sydenham). — 5 ref. (4 nr., 334 p.) Strum, Alexander: Nierensteinbildung und Hirnschädigung. — 6 ref. (9 nr., 750 p.) Marianne Fey: Beobachtungen der Kölner Poliomyelitis-epidemie der Erwachsenen im Herbst 1938.

St., J.: 1 ref. (1 nr., 80 p.) Ed. Jenny: Myalgia epidemica s. morbus Bornholmi Aarau'e. — 2 ref. (1 nr., 80 p.) G. Denecke: Ar yra smegenyse kraujo gamybos centras?

Vileišis, A.: 24 ref. (11—12 nr., 959) R. Tamura: Über die Resultate der Anreicherung der Tuberkelbazillen nach der Tamura'schen Methoden.

Odontologija.

Matulionienė, A.: 1 ref. (10 nr., 835 p.) Prof. Dr. F. Kostečka: Fokalinfektion und Amputation der Wurzelspitze.

Odos ir veneros ligos.

Insoda, V.: 3 ref. (7 nr., 577 p.) Prof. Hämel u. Th. Link: Über Kurzbehandlung der Gonnorrhoe mit Cibazol.

St., J.: 1 ref. (1 nr., 79 p.) Prof. E. Hoffmann: Lymphogranuloma inguinale s. Paradenitis venerea etiologija. — 4 ref. (9 nr., 749 p.) Deseux, A. ir Prétet, H.: N'existe t-il pas des psoriasis maladies à ultravirus?

Vileišis, A.: 2 ref. (6 nr., 504 p.) A. M. Schoch: Neue Ergebnisse in Klinik und Pathologie der Hautblutungen.

Patologija.

Valteris, K.: 1 ref. (7 nr., 577 p.) J. Gaissler: Zur Kenntnis der einerseitigen Lungenagenesie. — 2 ref. (7 nr., 578 p.) Fr. Walter: Ueber Hypoplasie und Dystopie einer Lunge bei einem drei Monate alten Säugling.

Rentgenologija.

Grinius, K.: 21 ref. (11—12 nr., 957 p.) A. Biernacki ir J. Zabokrzycki: Naujas anestezijos būdas bronchografijoje (butoformu).

Petrauskaitė-Meškauskienė, J.: 1 ref. (5 nr., 414 p.) Schinz, Hans, R.: Die Stellung der Radiologie zur Operation der Geschwülste. — 2 ref. (15 nr., 415 p.) Prof. Dr. F. Sauerbruch: Die Stellung der Chirurgie zur Strahlentherapie bösartiger Geschwulste.

Vileišis, A.: 19 ref. (11—12 nr., 956 p.) F. Berner: Die röntgenaufnahmen aus Mecklenburg. — 20 ref. (11—12 nr., 957 p.) W. Roloff: Röntgenmusterung und praktischer Arzt.

Urologija.

Insoda, V.: 17 ref. (11—12 nr., 954 p.) H. Dietel: Die Klinik der weiblichen Genitaltuberkulose.

Vileišis, A.: 1 ref. (7 nr., 576 p.) H. Kästner: Die Bedeutung des Blutharnens.

Vaikų ligos.

Baublys, P.: 1 ref. (2—3 nr., 236 p.) A. Kollmann: Eine Sippe mit heredo-degenerativer, dem Bilde der Littleschen Krankheit ähnelnder Erkrankung des Zentralnervensystems. — 2 ref. (2—3 nr., 237 p.) H. Opitz: Lymphatische Leukämie — gutartige Lymphadenose (Drüsenfieber).

Dičpinigaitis, J.: 11 ref. (11—12 nr., 951 p.) Prof. R. Priesel: Röntgen- und Tuberkulindiagnostik der Kindertuberkulose.

Insoda, V.: 12 ref. (11—12 nr., 952 p.) Prof. Franz Hamburger: Über die Dispositionsprofilaxe im Kindesalter.

Paltanavičius, K.: 4 ref. (2—3 nr., 238 p.) H. Stiepel: Renalinių hemoragijų patogenezė difterijos metu. — 17 ref. (8 nr., 659 p.) Oegg: Vaikų incontinentio alvi. — 10 ref. (11—12 nr., 950 p.) Holm: Vaikų plaučių tuberkuliozės prognozė.

St., J.: 7 ref. (2—3 nr., 239 p.) Prof. A. Wiskott: Poskarlatininė liga. — 8 ref. (2—3 nr., 241 p.) Lyon R., Rauth, L.: Ekstrasistolės pas

vaikus. — 9 ref. (2—3 nr., 242 p.) A. Dohmen: Į skarlatiną panaši infekcija sukelta stafilokokų (Staphylococcus haemolyticus aureus). — 10 ref. (2—3 nr,. 242 p.) Heinz-Georg, P.: Chorea minor ir metų laikai. — 11 ref. (2—3 nr., 242 p.) Matheja, W.: Fehldiagnosen bei Emphysemblasen der kindlichen Lunge. — 12 ref. (2—3 nr., 243 p.) Goeters, W.: Bakterienentwicklung u. Milchsäurebildung in zitronensäuremilch. — 13 ref. (2—3 nr., 244 p.) Röhn, Ch.: Seltene Enteritis — Gärtner — Erkrankungen beim Säugling u. Kleinkind. — 14 ref. (2—3 nr., 244 p.) Küster, F.: Die Resorption kleiner Fettmengen durch den Säuglingsdarm. Eine Untersuchung über die Grundlagen der Vigantolstossbehandlung. — 18 ref. (9 nr., 749 p.) Tecilasie, F.: Spezifische Serumtherapie u. maligne Diphterie.

Tercijonas, V.: 3 ref. (2—3 nr., 237 p.) F. A. Kendel ir D. M. Mitnickij: Ūminio poliomyelito gydymas rekonvalescentų krauju.

Vileišis, A.: 15 ref. (6 nr., 501 p.) W. Bayer: Zur Aufzucht der Unreifen. — 16 ref. (7 nr., 576 p.) M. Kasahara: Die Reisnährkrankheit (kombinierte Mangelkrankheit) der Kleinkinder in Japan.

Vidaus ligos.

Dičpiniguitis, J.: 2 ref. (11—12 nr., 946 p.) A. Sattler: Die Lungentuberkulose des alten Menschne. — 23 ref. (11—12 nr., 959 p.) E. Wagner-Herin: Die Differentialdiagnose Tuberkulose Leukaemie.

Didžys: 6 ref. (11—12 nr., 948 p.) Hartmann: Kritische Betrachtungen zur Pneumothoraxbehandlung.

Indrašius, N.: 33 ref. (9 nr., 747 p.) Prof. Dr. Gerhard Domagk u. Prof. Dr. Carl Hegler: Chemotherapie bakterieller Infektionen.

Insoda, V.: 14 ref. (6 nr., 500 p.) Gerhard Lütgert: Zur hygienischen Bekämpfung der epidemischen infektiösen Darmerkrankungen. — 15 ref. (6 nr., 500 p.) Drigalski u. Martin: Zur Klinik des Typhus abdominalis. — 27 ref. (8 nr., 656 p.) Dr. E. Jacob v. Balden: Zur Therapie der Hyperthyreose. — 29 ref. (9 nr., 742 p.) Prof. Dr. R. Otto: Schutzimpfstoff gegen Fleckfieber. — 30 ref. (9 nr., 743 p.) Prof. Dr. E. Dormanns, Dr. E. Emminger: Fleckfieber — Übertragung von Mensch zu Mensch durch Bluttransfusion im Inkubationsstadium. — 31 ref. (9 nr., 744 p.) Prof. Dr. A. Sturm: Neue Wegen in der symptomatischen Fleckfiebertherapie. — 32 ref. (9 nr., 746 p.) Prof. dr. Lampert: Der zerebrale und der intestinale Fleckliebertyp. — 36 ref. (10 nr., 833 p.) F. v. Bormann, R.-E. Bader, H. Deines, G. Fischer, K. Unholtz, Fr. Batt-Lehmann: Die Hepatitis epidemica (Epidemische Gelbsucht 1936/39). — 1 ref. (11—12 nr., 946 p.) Med. d-ras Beekmann: Beitrag zur Aktivitätsdiagnose der Lungenspitzentuberkulose. — 9 ref. (11—12 nr., 950 p.) H. Jentgens: Über medikamentöse Hyperämiebehandlung der Lungentuberkulose mit Sympatol. — 25 ref. (11—12 nr., 959 p.) Kurt Klare: Gedanken zur Früherfassung der Tuberkulose.

Paltanavičius, K.: 6 ref. (1 nr., 77 p.) Lintz: Gastrointestinalinė alergija. — 11 ref. (5 nr., 412 p.) Markowitz: Staigios mirties priežastys. — 24 ref. (7 nr., 575 p.) Matheja: Endemiškos vėjarauplės po herpes zoster. — 25 ref. (7 nr., 575 p.) Schiapolli: Eritroblastinė anemija. — 26 ref. (7 nr., 575 p.) Cristiello: Meningitas nuo micrococcus tetragenus. — 28 ref. (8 nr., 658 p.) Thomae: Hyperinsulinismus.

Savičiūnas: 12 ref. (5 nr., 412 p.) Dr. Otto Erslbacker: Zur Behandlung der Arthrosis deformans, chronischen Myalgien und Neuralgien unter besonderer Berücksichtigung der Schwefeltherapie.

St., J.: 1 ref. (1 nr., 75 p.) H. L. Smith: Širdies kraujagyslių sklerozės dažnumas pas gydytojus. — 24 ref. (1 nr., 75 p.) W. J. Šluzar: Širdies hormonas gydant angina pectoris ir myokardo ligas senyvame

amžiuje. — 3 ref. (1 nr., 75 p.) R. Aschenbrenner: Geriausia metodė širdimi sergantiems asmenims gydyti degitaliu. — 7 ref. (4 nr., 330 p.) P. Schmidt ir A. Kairies: Epidemiškai einančio gripo klausimu. — 8 ref. (4 nr., 330 p.) H. Boger: Kepenų priešnuodinė veikla. — 9 ref. (4 nr., 331 p.) Ammon: Vitaminai ir virškinamieji takai. — 10 ref. (4 nr., 332 p.) Fr. Šamberger: Ein Beitrag zu dem Problem der Cortin-Therapie. — 34 ref. (10 nr., 829 p.) Giroud: L'acide ascorbique. — 3 ref. (11—12 nr., 947 p.) Prof. W. Orlowski: Tuberculosis pulmonum adiposa. — 26 ref. (11—12 nr., 960 p.) Hartwig: Alergometrija suaugusiųjų džiovoje. — 32 ref. (11—12 nr., 962 p.) Krzyžanowski: Amyloidosis cutis pas džiovininką. — 33 ref. (11—12 nr., 962 p.) J. Zeyland ir E. Piasec-Zeyland: Kurios seilių sudedamosios dalys naikina džiovos bacilus? — 34 ref. (11—12 nr., 962 p.) Dr. Kaz. Dabrowski: Kas žinotina apie džiovą?

Vileišis, A.: 4 ref. (1 nr., 77 p.) A. Gasbarrini: Chronische Pancreatitis. — 5 ref. (1 nr., 77 p.) A. Schulten: Die Prognose der perniciosen Anämie. — 16 ref. (6 nr., 501 p.) F. Koller: Über die Hämolyse des Morbus Biermer und der Sprue-perniciosa. — 17 ref. (6 nr., 501 p.) C. I. Urechia: Zwei Fälle von Diabetes insipidus syphilitischer Herkunft. — 18 ref. (6 nr., 501 p.) H. Steidle: Thallium, das neue Mord- und Selbstmordgift. — 19 ref. (7 nr., 574 p.) A. Jarisch, H. Richter u. H. Thoma: Zentrogenes Lungenödem — 20 ref. (7 nr., 574 p.) M. Neumann: Der Blutdruck in der art. dorsalis pedis in der Norm und bei Kreislaufstörungen. — 21 ref. (7 nr., 574 p.) L. Boemheld: Untersuchungen über dem Einfluss kalorienarmes Ernährung auf das Herzminutenvolumen des Menschen. — 22 ref. (7 nr., 574 p.) W. Heckel: Beobachtungen bei Aortenisthmusstenose. — 23 ref. (7 nr., 575 p.) W. Falta: Hypophysäre Krankheitsbilder.—4 ref. (11—12 nr., 948 p.) H. Deist: Lungenkrankheiten im Felde—5 ref. (11—12 nr., 948 p.) J. Sergo: Über die Lehre von der Muskelatrophie bei der Lungentuberkulose.— 7 ref. (11—12 nr., 949 p.) L. Rickmann: Der heutige Stand der Kolapsbehandlung der Lungentuberkulose. — 8 ref. (11—12 nr., 949 p.) M. Castex u. E. Mazzei: Über gutartigen Spontanpneumothorax, tuberkulösen Spontanpneumothorax und spontanen Hämopneumothorax. — 28 ref. (11—12 nr., 961 p.) L. Reichenfeld: Miliartuberkulose und Tuberkulose des Herzmuskels. — 29 ref. (11—12 nr., 961 p.) H. Ulrici: Der Tuberkulose und die Arbeit. — 30 ref. (11—12 nr., 961 p.) E. Wegener: Über Kalzium und Tuberkulose. — 31 ref. (11—12 nr., 962 p.) H. Reutwein: Icterus simplex und Tuberkulose.

IV.

Klinikos ir praktikos patyrimai.

„Liet. Medicinos" 1 nr. (81—87 p.).

1) Chroniško sąnarių reumato gydymas auksu. — 2) Indikacijos gydyti dielėmis. — 3) Autohemoterapija angina pectoris ir claudicatio intermittens atvejais. — 4) C- vitamino įtaka rentgeno spindulių sukeltai leukopenijai. — 5) Rentgeninių pakenkimų gydymas B_1- vitaminu.

(Ref. J. St.).

6) Koloidinis aliuminio hidroksidas ulcus pepticum gydyti. — 7) C-vitamino reikšmė švinu apsinuodijusiems. — 8) Normalus hematologinis standartas sename amžiuje. — 9) Hyperparathyreoidismus acutus. — 10) Profilaktinis karo žaizdų gydymas. — 11) Cholesterolio įtaka epilepsijai. — 12) Thiamin'o chloridas herpes zoster gydyti.

(Ref. Kazys Paltanavičius).

13) Gydymas apšvitintu nuosavu krauju. — 14) Ligonių, sergančių piktybiniais augliais, eritrocitų skersmens pakitimai. — 15) Karo dujomis sužadintų odos pakitimų gydymas. *(Ref. A. Vileišis).*
16) Apendicitų diagnozė ir gydymas. *(Ref. P. Baublys).*
17) Nevaisingosios dienos. *(Ref. N. I.).*

„Liet. Medicinos" 2—3 nr. (244—260 p.)

1) Pieno virtuvės uždaviniai. *(Ref. Med. sesuo A. Liuberskaitė-Steponavičienė).*
2) Kūdikių aprūpinimas motinos pienu. *(Ref. G-ienė).*
3) Burnos ir dantų ligos nėštumo metu *(Ref. Stasys Čepulis).*
4) „Motinybės mokykloms" programos instrukcija. — 5) Nėščioms moterims motinybės mokyklos programa. — 6) Kūdikius auginančioms motinoms motinybės mokyklos programa. — 7) Sergančiųjų gonorėja moterų ir naujagimių išaiškinimas. — 8) Galvos plaukų rentgeno epiliacijai atlikti patarimai.
9) Asfiksijoje gimusių naujagimių atgaivinimo gairės ir nauji būdai. — 10) Chloro in statu nascendi veikimas gerklės ir tonsilių susirgimuose. — 11) Vaikų bronchiolito gydymas kraujo nuleidimais ir kraujo transfūzija. — 12) Žinduolių virškinamųjų takų susirgimų gydymas askorbinine rūgštimi. — 13) Rachito gydymas vienkartiniu D_2- vitamininiu smūgiu. — 14) Rachitas, atsparus gydymui D- vitaminu. — 15) Žinduolių skorbutininkų gydymas C- vitaminu (cebion'u). — 16) A- vitamino veikimas rachitui. — 17) XIX-ojo šimtmečio pabaigos difterijos epidemija Šakių apskr. ir pirmieji bandymai gydyti šitą ligą priešdifteriniu serumu. — 18) Podifteriniai pakenkimai ir B_1- vitaminas. — 19) Podifterinių paralyžių gydymas B_1- vitaminu (betabion'u forte Merck). — 20) Pieno nepakankamo išsiskyrimo atsitikimais. — 21) Streptokokinių infekcijų gydymas septazinu. *(Ref. J. St.).*
22) Rachito gydymas dideliais D- vitamino daviniais. *(Ref. P. Baublys).*

„Liet. Medicinos" 4 nr. (334—339 p.)

1) Poliomyelitis anterior gydymas. — 2) Myasthenia gravis pseudoparalytica gydymas. *(Ref. N. Indrašius).*
3) Apendicitinių peritonitų ir abscesų gydymas sulfanilamidu. — 4) Natrio difenyl-hydantoinatas epilepsijai gydyti. — 5) Deguonis vidurių išpūtimo ir emfizemos metu. — 6) Kepenų ekstraktas acne vulgaris gydyti. — 7) Insulinas supozitorijomis. — 8) Sulfanilamido įtaka spermatogenezei. — 9) Jodo terapijos įtaka hipertonijai ir arteriosklerozei. — 10) Anglirūgštis subkutaniškai - angiospazminiams sutrikimams gydyti. *(Ref. Kazys Paltanavičius).*
11) Insufficientia valvularum aortae et bicuspidalium gydymas. — 12) Venų išsiplėtimo gydymas B_1- vitaminu. — 13) Pneumonia crouposa gydymas serumu. — 14) Pneumonia crouposa gydymas dagenan'u. — 15) Skilvio kraujavimų gydymas neaprėžiant maisto. — 16) Žaizdų gydymas kasdieninėje praktikoje. — 17) Ischias, jo patogenezė ir racionalus gydymas. — 18) Naujos pažiūros į bulionų veikimą. *(Ref. J. St.).*

„Liet. Medicinos" 5 nr. (416—421 p.)

1) Ultravioletinių spindulių betarpiškoje ir išsisklaidžiusioje saulės šviesoje biologinė reikšmė. — 2) Klausimas apie ultravioletinių spindulių turinį išsisklaidžiusioje dienos šviesoje, taip pat šitų spindulių pritaikymo gydymui galimumai. — 3) Anginų gydymas bismutu. — 4)

Cebion'o pasta odontologijoje. — 5) Trichinozės gydymas intraveniniais kalcio švirkštimais. — 6) Šlapiminės pūslės bei žarnų atonijos gydymas doryl'iu (Merck'o). — 7) Ūminių sąnarių uždegimų piretoterapija. — 8) Skilvio opos gydymas A- vitaminu (vogan'u). — 9) Hipertonijos gydymas bedruske dijeta. — 10) Ūminio sąnarių reumato gydymas antipirinu. — 11) Morbus Basedowi gydymas dideliais A- vitamino daviniais. — 12) Kai kurių streptokokų infekcijų gydymas sulfamidiniais preparatais. — 13) Bromo-kalcio junginių terapinė reikšmė. — 14) Bromo-kalcio junginių taikymas kai kurių nervų susirgimų atvejais. — 15) Epilepsijos gydymas su gardenal'iu+strichninu. — 16) Epilepsijos gydymas barbitūriniais preparatais ir koraminu. *(Ref. J. St.).*

17) Ektrasistolių gydymas. — 18) Katarinės geltligės ir cholecistopatijos gydymas. *(Ref. J. Margenis).*

19) Tabako rūkymas ir vitaminai. *(Ref. N. Indrašius).*

„Liet. Medicinos" 6 nr. (505—510 p.).

1) Mergaičių gėdos organų bei makščių uždegimų gydymas. — 2) Nėščiųjų gingivitų gydymas C- vitaminu (askorbinine rūgštimi). — 3) Tarpriečio (perineum'o) apsaugojimas mastizoliu. — 4) Psichiškų sutrikimų vyrų climax'o metu, lytinių neurozių ir lytinės impotencijos, taip pat prostatos hipertrofijos atvejais gydymas androstenu. — 5) Hipertonija ir nėštumas. — 6) Mastitų gydymas unguentolan'u. — 7) Pogimdyminių kraujavimų gydymas folikulinu. — 8) Kas geriau veikia: ar visa ovarų liauka, ar tik grynas jų hormonas? — 9) Moterų skausmingų ir negausių mėnesinių, taip pat neurastenijos, psichastenijos ir kitų susirgimų atsitikimais... — 10) Mastitų įspėjimas. — 11) Nėštuminio polineurito gydymas B_1- vitaminu (betabion'u forte). — 12) Ginekologinių organų kraujavimų gydymas C- vitaminu. — 13) Endometritis puerperalis gydymas folikulinu. — 14) C- progynon'o ir C- proluton'o vartojimas per os. — 15) Nėštuminių dermatopatijų gydymas. — 16) Epiduralinis ir intraliumbalinis B_1- vitamino taikymas. — 16) Gydymas lytiniais hormonais. — 18) Vyriškojo lytinio hormono taikymas astenijos atvejais. — 19) Vyriškųjų lytinių hormonų taikymas kasdieninėje praktikoje.

(Ref. J. St.).

„Liet. Medicinos" 7 nr. (578—583 p.).

1) Addison'o ligos gydymas desoxycorticosteron'o acetatu. — 2) Šizofrenijos gydymas. *(Ref. Kazys Paltanavičius).*

3) Chininas chirurgijoje. — 4) Chininas akušerijoje.

(Ref. J. Neniškis).

„Liet. Medicinos" 8 nr. (662—668 p.).

1) Kaip praktiškai nustatyti santykis tarp kūdikio amžiaus, svorio ir ūgio? — 2) Sveikų kūdikių pirmaisiais metais maitinimas. — 3) Būdingiausieji helmintiazės simptomai. *(Ref. J. Margenis).*

4) Akroparestezijų gydymas acetilcholinu.

(Ref. Kazys Paltanavičius).

5) Nemigas ir jo gydymas. — 6) Angina pectoris gydymas švitinant rentgeno spinduliais antinksčius. — 7) Acne vulgaris perspėjimas. — 8) Prostatos hipertrofijos gydymas. — 9) Prostatos hipertrofijos gydymo gairės. — 10) Prostatos hipertrofijos harmoninis gydymas. — 11) Lytiniai hormonai prieš operuojant ir pooperacinės rekonvalescencijos metu. *(Ref. J. St.).*

12) Paraffinum liquidum kaip imersijinė medžiaga.

(Ref. K. Valteris).

„Liet. Medicinos“ 9 nr. (751—755 p.)

1) Sulfonamido preparatai ir jų terapinė reikšmė. *(Ref. V. Insoda).* 2) Naujieji terapiniai laimėjimai gydant mažakraujystę. — 3) Priešstreptokokinių preparatų taikymas bendrinėje praktikoje. — 4) Nėštuminis mėginys su xenops'u. *(Ref. J. St.).* 5) Mėnesinių kalendorius. — 6) Nėščiųjų ir neneščiųjų fosfatų kiekio skirtumas seilėse. — 7) Sifilio gydymas nėštumo metu. — 8) Trombozių ir embolijų profilaktika kraujo hidremizavimu. *(Ref. N. Indrašius).* 9) Furunkulų gydymas. *(Ref. V. Masaitis).*

„Liet. Medicinos“ 10 nr. (837—840 p.).

1) Kobros nuodai nepakeliamiems skausmams malšinti. — 2) Mammographia — pieno takų tyrimas rentgenu, naudojant kontrastines medžiagos. — 3) Kapiliarų struktūra šizofrenijoje. — 4) Prontosilio ir kitų dažomųjų medžiagų perėjimas iš kraujo apytakos į pleuros skysčius ir priešinga kryptimi. — 5) Mėnesinės ir steriliškumas. — 6) Epiphysitis calcanei *(Ref. Kazys Paltanavičius).* 7) Niežų (scabies) gydymas ksilioliu. *(Ref. J. Valatka).*

V.

Abėcėlinis dalykų sąrašas.

Aforizmai, — žiūr. *Mediciniškasis sąmojis...*

Akių ligos: (Ref.) 660—661, 955—956. — *Akiniai (P. Kazlauskas) 299—313.* — *Išverstakumo (exophthalmus'o) atsitikimas (P. Kazlauskas) 475—476.* — *Lietuvių akių spalvos klausimu (P. Kazlauskas) 1—22.* — Trachomos gydymas: abducidu (ref.) 661, azosulfamidu (ref.) 660. — Uveitas chroniškas, jo etiologija ir gydymas (ref.) 955—956.

Akušerės, — žiūr. *Med. felčeriai...*

Akušerija ir ginekologija: (Ref.) 79, 502—504, 659—660, 834—835, 954—955. — Abortų, esant t^0-, gydymas (ref.) 502. — Asfiksijoje gimusių naujagimių atgaivinimo gairės ir naujieji būdai (ptr.) 253—254. — Chininas akušerijoje (ptr.) 581—583. — Endometritis puerperalis gydymas folikulinu (ptr.) 503. — Gėdos organų bei makščių uždegimo gydymas (ptr.) 505. — Ginekologinių organų kraujavimų gydymas C-vitaminu (ptr.) 507. — Krūtys: mammografija — pieno takų tyrimas rentgenu (ptr.) 838; mastitų: įspėjimas (ptr.) 507, gydymas unguentolan'u (ptr.) 506. — Mėnesinės: kalendorius (ptr.) 753; kraujavimai tarpmėnesininiai (ref.) 659; negausių ir skausmingų gydymas androstinu (ptr.) 507; steriliškumas ir mėnesinės (ptr.) 840; stilbestrol'io ir anhydrooxyprogesteron'o įtaka menstruacijai ir laktacijai (ref.) 834—835. — Kiaušdėčių veiklos pareinamumas nuo C- vitamino (ref.) 79; veiklumas liaukos ar gryno hormono geresnis (ptr.) 506. — Nėštumas: burnos ir dantų ligos (ptr.) 246; dermatopatijos gydymas (ptr.) 500; *Džiova ir nėštumas (J. Neniškis) 851—882;* estrogeninių medžiagų nustatymas (ref.) 504; fosfatų kiekis seilėse (ptr.) 753; genitalijų tbc diagnozė (ref.) 503; gingivitų gydymas C- vitaminu (ptr.) 505; hipertonija (ptr.) 506; mėginys su xenopus'u (ptr.) 753; polineurito gydymas B_1- vitaminu (ptr.) 507; *Ruptura uteri in graviditate (J. Stankaitis) 425—436.* — Perineum'o gimdant apsaugojimas mastizoliu (ptr.) 506. — Pieno nepakankamo išsiskyrimo atsitikimais (ptr.) 259. — Placentos rentgenavimas (ref.) 79. — Pogimdyminio kraujavimo gydy-

mas folikulinu (ptr.) 506. — Progynon'o C ir proluton'o C vartojimas per os (ptr.) 503. — Protrombino stokos įtaka kraujo krešėjimui ir jo santykiai su K- vitaminu (ref.) 502. — Sterilišku mo: gydymas, ypač hormonais (ref.) 503—504; nevaisingosios dienos (ptr.) 85. — *Šilimos nepakankamumo įtaka naujagimių susirgimams ir mirtingumui (V. Tupčiauskas) 607—613.* — Tubų: praeinamumo tyrimas mėlyne (ref.) 659; *Hydrops tubae profluens atsitikimas (J. Neniškis) 568—571.*

Ambulatorijos, — žiūr. *Sveikatos reikalais...*

Apyskaitos, planai, protokolai: Alytaus sanatorijos kūrimasis ir jos veikla iki 1941 metų gruodžio mėn. 31 d. (A. Josiukas) 943—945. — Joniškėlio apylinkės ligoninės 1941 m. veikla (J. Margenis) 63—74. — Ligoninių darbo statistiniai rodikliai (J. Margenis) 652—656. — Vilniaus miesto s-bės I-sios Poliklinikos 1941. VII. 1 — XII. 31 d. apyskaita (A. Šidlauskas) 572—573. — Vyr. Savitarpinės Pagalbos Komiteto centr. motinos ir vaiko globos sekcijos darbo planas 583—586. — *V. D. U-to Klinikų gydytojų susirinkimo 1942. IV. 10 d. protokolas (V. Paprockas) 498—500. — V. D. U-to Nervų ir Psichikos Klinikos medicininškoji apyskaita už 1941 metus (V. Vaičiūnas ir S. Urbas) 401—408.*

Aplinkraščiai, — žiūr. *Įstatymai...*

Atvaizdai: Abrachius 618. — Achondroplazijos atsitikimas 230. — Akių spalva lietuvių pradžios mokyklų mokinių: diagramos 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16. — Arteriogramos: dešiniosios kojos 776, kairiosios kojos 765, kairiosios rankos 778. — A. a. gen. Jonas Jurgis Bulota 260. — Condylus medialis tibiae tuberkuliozinis židinys 899. — Czerny Adalbertas, prof. 964. — Dantų rentgeno nuotraukos (uždegiminiai židiniai) 328—329. — Dešiniosios ir kairiosios alkūnės srities rentgenogramos 472—473. — Fibrinoidinis audinys 430. — Knieböck'o liga 732, 733. — Konservuoto kraujo transfūzija 627. — Spektras 34, 36. — Stemplės rentgenogramos 469, 470. — Temperatūros kreivės 323. — Uterus'o: kaklelio skersinis pjūvis 430, pjūvio randas 435.

Ausų, nosies ir gerklės ligos: (Ref.) 954. — Anginų gydymas bismutu (ptr.) 417. — *Dabartinis otosklerozės mokslo stovis (J-us) 44—50.* — Gerklės džiovos gydymas spinduliais (ref.) 954. — Gerklės ir tonsilių susirgimuose chloro in statu nascendi veikimas (ref.) 254. — Glossitis superficialis kaip hipovitaminozė ir jo sąsyjis su liežuvio tuberkulioze (ref.) 954. — *Pirminės ausies sarkomos atsitikimas (K. Vencius) 50—56. — Stomatologinių ligų klinika Vilniaus mieste bei krašte statistinių žinių šviesoje (S. Čepulis) 811—829. — Svetimkūniai: Nepaprastas svetimkūnis retrofacialinėje spenio ataugos ląstelėje (K. Vencius) 56 — 61; Svetimkūnis, išgulėjęs stemplėje 2 metus 3 mėnesius (K. Čeponis) 465—471.*

Autoreferatai: 21—22, 29, 56, 61, 63; 120, 144, 194, 210, 217, 224, 229, 232, 236; 312—313, 322, 325, 330; 361, 396—397, 400, 411; 436, 449—452, 463—465, 471, 474, 475, 480, 482, 487, 490, 495, 498; 560, 563, 567, 571; 599—600, 607, 613, 616, 620, 637; 682, 709, 728—729, 735, 737, 742; 789, 799, 810; 851, 882, 901, 906, 930.

Bakteriologija, — žiūr. *Mikrobiologija...*

Biologija, — žiūr. *Mikrobiologija...*

Chirurgija, ortopedija: (Ref.) 78—79, 413, 953. — *Akroosteopathiae humeri (V. Kuzma) 472—475. — Apatinės galūnės tenoplastika, tenodezė, tenoartrodezė bei artrorizė po poliomyelito (V. Kuzma) 487—490.* — Apendicitai: *Appendicitis ascaridica (T. Šiurkus) 614—616,* diagnozė ir gydymas (ptr.) 84; *Hipoleukocitozė šių metų staigių apendicitų atsitikimais (V. Kuzma) 495—498,* peritonitų apendicitinių ir abscesų gydymas sulfanilamidu (ptr.) 335. — *Arteriografija kaip diagnostinė priemonė (V. Paprockas) 761—789. — Asepsinės kaulų nekrozės (T. Šiurkus) 729.—*

737. — *Boas'o taškas (V. Paprockas) 474—475.* — Chininas chirurgijoje (ptr.) 579—581. — *Dubens ir pars prostatica urethrae sužalojimas granatos skeveldra (T. Šiurkus) 478—480.* — Epiphysitis calcanei (ptr.) 840. — Furunkulų gydymas (ptr.) 755. — Kraujo transfūzija; *Kauno kraujo transfūzijos stoties apyskaita už 1941 m. (J. Stasiūnas) 638—652, 100 konservuoto kraujo transfūzijų (A. Stropus) 621—637. — Phlegmone thoracis ex osteonyelitide costae (A. Maciūnas) 476—477.—Pneumocephalus internus po galvos traumos (V. Tumasonis) 397—400.* — Pooperacinio: plaučių uždegimo etiologija (ref.) 78—79, pooperacinės rekonvalescencijos metu ir prieš operuojant lytiniai hormonai (ptr.) 668. — Prostata: hipertrofijos gydymas (ptr.) 666, hipertrofijos gydymo gairės (ptr.) 666—667, hormoninis gydymas (ptr.) 667—678, prostatų, impotencijos, lytinių neurozių gydymas androstinu (ptr.) 506. — *Rankos pirštų tendovaginitai ir jų gydymas (J. Šegamogas) 389 — 397.* — Spondylitis infectiosa diferencinė diagnozė (ref.) 953. — *Stabligės (tetanus'o) atsitikimas, kaip šautinės žaizdos padarinys (J. Jaržemskas) 61 — 63.* — Submandibuliarinių liaukų sialolithiasis'o gydymas (ptr.) 839. — *Šlaunikaulio kaklelio lūžimo pažinimas ir konservatyvus gydymas (J. Jocius) 491—495.* — Trombozių ir embolijų profilaktika kraujo hidremizavimu (ptr.) 753. — Tuberkuliozė: Osteosklerozė tuberkuliozinio spondilito metu (ref.) 953; *Trauma ir chirurginė tuberkuliozė (T. Šiurkus) 887—901, Trauminės kaulų tuberkuliozės klausimu (T. Šiurkus) 481—482, Tuberkuliozinis apendicitas (A. Čerškus) 928—931.* — *Tumor'ai:* cancer uteri simptomai ir diagnozė (ref.) 413, *Fibromyxomata cutis in regione deltoidea sin. (A. Maciūnas) 477—478; Fistula sacralis ex teratomate (teratoma caudale) (P. Balsevičius) 485—487, Sarcoma humeri (T. Savickas) 482—484.* — Žaizdų: gydymas kasdieninėje praktikoje (ptr.) 338, (karo) profilaktinis gydymas (ptr.) 84—85.

Dantų gydytojų reikalais: Dantų gydytojų diplomai: 111, 262, 339, 421, 668, 757, 965. — Odontologijos kandidatai: 262, 340, 422. — Praktikos teisės gautos: 264, 512, 760.

Dispanseriai, — žiūr. *Ligoninės...*

Farmaceutų reikalais: Chemiko vaistininko diplomą gavo: 422, 757, 965. — Farmacijos kandidatai: 111, 262, 340, 422, 757.

Farmakologija: Apie sulfamido grupės vaistus (V. Širmenis) 737—742. — Bromo-kalcio junginių terapinė reikšmė (ptr.) 420. — *40 metų adrenalinui (V. Širmenis) 408—411.*

(Med.) felčerių, gailestingųjų seserų reikalais: A. a. med. felč. Antanas Dapkevičius 112. — Nauja gailestingųjų seserų laida 112.

Fiziologija, — žiūr. *Mikrobiologija...*

Higiena, — žiūr. *Mikrobiologija...*

Įstatymai, įsakai, instrukcijos, taisyklės: Del darbo jėgų samdymo ir atleidimo Kauno Generalinio Komisaro raštas Vyr. Sveikatos Valdybai 107. — Del dirbtinių dantų 589. — Farmacijos direkcijos įspėjimas vaistininkams del receptų 589. — Gydymo įstaigų pažymėjimai apie netinkamumą fiziniam darbui 583. — Gydymo srities asmenų: tarnybinės prievolės potvarkis 1942. II. 12 d., vykdomasis nuostatas prie 1942. II. 12 d, potvarkio 106. — Gydytojų epidemiologų atleidimas 109. — Gydytojų žiniai apie tuberkuliozinių ligonių siuntimą gydytis 589. — Infekcinių ligų registravimo reikalu Generalinio Komisaro įsakymas 1942 .II. 23 d. apskrities ir miestų gydytojams 108. — Motinybės mokykla: kūdikius auginančioms motinoms motinybės mokyklos programa 249—250, programos instrukcija 247—248, nėščioms moterims motinybės mokyklos programa 248—249. — Nešvarumų šalinimas 91—95. — Niežų ir sifilio gydymo reikalu instrukcija 97—98. — Odos ligų gydymo įstaigų žiniai

589. — Pasiutimo ligos Kauno mieste reikalu Miesto Komisaro skelbimas 110. — Pacientų siuntimas į ligoninę 589. — Šiltinės ir kt.: Generalinio Komisaro Kaune VIII. skelbimas del priemonių kovai su dėmėtąja šiltine 108, nurodymai del kovos priemonių su galimomis typhus abdominalis, dizenterijos ir choleros epidemijomis 99—103, priemonės kovai su vidurių šiltine 103—104. — 1942 m. sausio 5 d. pakeitimas potvarkio dėmėtosios šiltinės įnešimui į Vokiečių Reichą išvengti 108. — Vandens apsaugos instrukcija 87—91. — Viešbučių ir nakvynės namų sanitarinio tvarkymo instrukcija 95—97. — Vyriausiojo Sveikatos Reikalų valdytojo įsakymas Nr. 49 106—107. — Visiems apskričių ir miestų gydytojams (del draudimo gydyti vokiečių karius venerikus) 107—108.

Įvairenybės: Būtinos priemonės kovai su utėlėmis vasaros metu 670—671. — „Darbas ir Sveikata" — naujas laikraštis 963. — *Džiovos arba tuberkuliozės terminologijos projektas (K. Grinius) 931—942.* — Fotografija skrandyje 759. — Latvijos vaistinės 669—670. — Mecklenburg'o gyventojų masinis tyrimas rentgeno nuotraukomis (ref.) 956—957. — Naujos medicininių veiksmų taksos 670. — Mikroskopas patobulintas 669. — Nuo Lietuvos mediciniškosios terminologijos komisijos 1 nr. viršelio 4-me psl. — Padėka mokytojams nuo V. Sv. V-bos (už pagalbą kovojant su epid.) 677. — Tautos prieauglio padidėjimas 966. — Peršvietimas rentgeno spinduliais ir praktikuojąs gydytojas (ref.) 957. — Seilės naikina tuberkuliozės bacilas (ref.) 962. — Vaistažolių: rinkimas 670, veisimas 759.

Klaidų atitaisymas: „L. Medicinos" 2—3 nr. 4-me viršelio psl., „L. Medicinos" 4 nr. 344 p., „L. Medicinos" 7 nr. 592 p.

Klinikos ir praktikos patyrimai: 81—87, 244—260, 334—339, 416—421, 505—510, 578—583, 662—668, 751—755, 837—840.

Kronika: 110—112, 260—264, 339—344, 421—424, 510—512, 586—592, 668—672, 757—760, 963—968.

„Lietuviškosios Medicinos" Redakcijos reikalais: „Liet. Medicinos" Redaktoriaus med. dr. J. Staugaičio „Medicinos" redagavimo 40 metų sukaktis 590. — Reikalingas redaktoriaus padėjėjas 263.

Ligoninės, — žiūr *Sveikatos reikalais...*

Literatūra: 19—21, 44, 55—56, 61, 63; 144, 195, 210, 223—224, 229, 232; 312, 325, 329—330; 360—361, 396, 400; 436, 448, 471, 495; 560, 571; 599, 606—607, 620; 635—636; 709, 728, 735; 786—789, 799, 810; 881—882, 901, 906, 942.

Medicinos gydytojų reikalais: Aspkrities bei miestų gydytojų suvažiavimas 1942. V. 11—12 d. 422—423, suvažiavimo rezoliucija 423—422. — Dr. K. Domarkas 760. — Europinis plastinės chirurgijos kongresas 759. — Gydytojų nubaudimas 590. — Išvežimas gydytojų į SSSR 263. — Dr. D. Jasaitis 760. — Kauno Med. Draugijos įstatai 755—756.—Med. gydytojai gavo praktikos teises 263, 511, 759—760, 966. — Med. gydytojų ir kt. mediciniško personalo nubaudimas 263. — Medicinos personalo aprūpinimas priešepideminiais skiepais 343. — Medicinos personalas buv. Vilniaus ir Kauno gubrnijose 1859—1863 met. 512. — Paminklas bolševikų nužudytiems Panevėžio gydytojams 967. — Raupėno Juozo, gyd., antkapio reikalu 590. — Reikalingi gydytojai 112, 263. — Repatrijavusių į Vokietiją iš Lietuvos 1941 m. kovo mėn. gydytojų papildomas sąrašas 112. — Sanitariniai ir epideminiai kursai gydytojams 112. — Vilniaus gydytojų susirinkimas 591. — Vokiečių prokuratūrai perduota 343.

Medicinos fakulteto reikalais: Adjunktų reikalais 112, 965. — Asistentų reikalais 111, 112, 422, 669, 757, 915. — Atleisti asistentai 340. — Baigiamieji egzaminai 262. — Daktaras med. naujas 262, 422. — Doktoranto egzaminus: išlaikė 422, leista laikyti 111, 668. — Habilitacijos dar-

bas pripažintas 422. — Hospitalinė chirurginė klinika globoti pavesta 422. — Laborantų reikalais 111, 112, 340. — Med. gydytojų diplomai pripažinti 111, 262, 339, 421, 668, 757, 965. — Medicinos kandidatai 111, 262, 339. — Ordinariniais profesoriais pakelti 340, 422, tvirtinimas 669. — Paskaitų suskirstymas rudens semestrui 1942 met. V. D. U-to Medicinos fakult. 586—588, 669. — Promocijos komisijon išrinkti 422. — Sąrašas ligų ir kūno trūkumų, kliudančių įstoti į V. D. U-to Medicinos fakultetą 510—511 — Vilniaus U-to Medicinos fakulteto personalo sąrašas 757—759. — V. D. U-to Medicinos fakulteto: naujos katedros 340, terminologijos komisija 263.

Mediciniškosios bei joms giminingos organizacijos: Lietuvos Gener. Srities Blaivinimo Sąjunga 965, antialkoholinė paroda 966. — Ligonių kasa (geležinkelio) pradėjo veikti 965.

Mediciniškasis sąmojis, mintys, aforizmai: 1 nr., 2—3 nr., 4 nr., 5 nr., 6 nr., 7 nr., 8 nr., 9 r., 10 nr., 11—12 nr. viršelio 3-me pslp.

Mikrobiologija, bakteriologija, biologija, fiziologija, higiena: Lietuvos gyventojų mitimas 1925—1940 metais (Vl. Lašas ir J. Kuprys) 265—285, 362—380, 437—452. — Nemuno ir Neries vandens Kauno apylinkėse bakteriologinio tyrimo duomenys (J. Šopauskas ir F. Bintakys) 345—360.— Ultravioletinių spindulių: biologinė reikšmė (ptr.) 416, gydomoji reikšmė (ptr.) 416—417.

Nekrologai: (Kron.) 110—111, 260—262, 339, 421, 757, 963—965. — A. a. gen. Jonas Jurgis Bulota 260—262. — Czerny'o Adalberto vienerių metų mirties sukaktuvės 963—965. — A. a. Aleksandras Hurčinas 339. — A. a. prof. med. dr. Vl. Kuzma 421. — A. a. d-ras Mykolas Minkevičius 111. — Mirė estų žymus chirurgas prof. Puusepp 757. — A. a. gyd. Juozas Raupėnas 111. — A. a. med. d-ras Pranė Steponavičiūtė-Vasiliūnienė 110—111. — A. a. med. gyd. Bronius Vaišvila 111. — A. a. d-ras Povilas Zizas 111. — A. a. gyd. Vladas Žilinskas 339.

Nervų ir psichikos ligos: (Ref.) 80, 333—334, 750. — Akroparastezijų gydymas acetilcholinu (ptr.) 664—665. — *Balbuties (V. Vaičiūnas) 204—210.* — Bromo ir kalcio junginių taikymas kaikurių nervų susirgimų atvejais (ptr.) 420—421. — Elektrošokų metodė šizofrenijai gydyti (ref.) 333—334. — Epiduralinis ir intraliumbalinis B_1- vitamino taikymas (ptr.) 509. — Epilepsija: cholesterolio įtaka (ptr.) 85—86, gydymas: barbitūrinės rūgšties preparatais ir koraminu (ptr.) 421, gardenaliu + strichninu (ptr.) 421, natrio difenylhydatoinatu (ptr.) 335. — Herpes zoster gydymas thiamin'o chloridu (ptr.) 86. — Ischias, jo patogenezė ir racionalus gydymas (ptr.) 339. — Kobros nuodai nepakeliamiems skausmams malšinti (ptr.) 837—838. — Kraujo gamybos centras yra smagenyse? (ref.) 80. — Meningitas: *Epideminis cerebrospinalinis meningitas ir jo gydymas Joniškėlio apylinkės ligoninės duomenimis (J. Margenis) 120—144,* meningitas nuo micrococcus tetragenus (ref.) 575. — Myalgia epidemica s. morbus Bornholmi Aarau'e (ref.) 80. — Myasthenia gravis pseudoparalytica gydymas (ptr.) 334. — Nemigas ir jo gydymas (ptr.) 665. — *Neuropsichiniai veiksniai tuberkuliozės eigoje (J. Kupčinskas) 481—851.* — Poliomyelitis anterior: epidemija suaugusiųjų tarpe Köln'e 1938 m. (ref.) 750, gydymas (ptr.) 334. — Psichika: Kapiliarų struktūra šizofrenijoje 838—839; *Psichinė higiena slaugyme (V. Vaičiūnas) 564—567,* šizofrenijos gydymas (ptr.) 578—579, *Ūminių toksinių psichozių, stebėtų V. D. U-to klinikose ir Kauno infekcinėje ligoninėje, proga (V. Vaičiūnas) 313—322, Žmogaus psichikos kitimas masiniame sąjūdyje (N. Indrašius) 561—563.* — Smagenų: pakenkimas ir inkstų akmenų susidarymas (ref.) 334, pakitimai chorea minor atvejais (ref.) 334. — Vyriškojo lytinio hormono taikymas astenijų atvejais (ptr.) 509.

Odontologija ir stomatologija: Cebion'o pasta odontologijoje (ptr.) 417. — *Ryškūs stomatogeninės židininės infekcijos atsitikimai (V. Damijonaitis) 325—330. — Simptominės trišakio nervo neuralgijos atsitikimas (V. Damijonaitis) 736—737.* — Židininė infekcija ir šaknies rezekcija (ref.) 835—837.

Odos ir veneros ligos: (Ref.) 79—80, 504—505, 577, 749—750. — Acne vulgaris: gydymas kepenų ekstraktu (ptr.) 335—336, perspėjimas (ptr.) 666. — Amyloidosis cutis pas džiovininką (ref.) 962. — Gonorėjos: greitas gydymas cibazoliu (ref.) 577, mergaičių gonorėjinio vulvovaginito hormoninis ir chemoterapinis gydymas (ptr.) 839, sergančių moterų ir naujagimių išaiškinimas (ref.) 250—252. — Lymphogranuloma inguinale s. paradenitis venerea etiologija (ref.) 79—80. — Niežų gydymas ksilioliu (ptr.) 840. — Odos: kraujavimų klinikoje ir patologijoje nauji duomenys (ref.) 504—505, pakitimų karo dujomis sužadintų gydymas (ptr.) 86. — Psoriasis ir filtruojamasis antkrytis (ref.) 749—750.

Patologija, patologinė anatomija, histologija: Abrachius (K. Valteris) 617—620. — Mumijos audinių reakcijos (ref.) 661—662. — Paraffinum: liquidum kaip imersijinė medžiaga (ptr.) 666, užliejamų preparatų sukietėjimas (ref.) 662. — Plaučių: agenezijos klausimu (ref.) 577—578, hypoplasia ir dystrophia 3 mėnesių kūdikiui (ref.) 578.

Psichinės ligos, — žiūr. *Nervų ir psichinės ligos...*

Radiologija, rentgenologija: Chirurgija ir spindulių terapija blogybinių navikų atvejais (ref.) 415—416. — Leukopenijai, sukeltai rentgeno spindulių, C- vitamino įtaka (ptr.) 87. — Placentos rentgenavimas (ref.) 79. — Radiologijos reikšmė navikus operuojant (ref.) 414. — Rentgeninių pakenkimų gydymas B_1- vitaminu (ptr.) 87.

Referatai: 75—81, 236—244, 330—334, 412—416, 500—505, 574—578, 656—662, 742—751, 829—837, 946—962.

Serologija, — žiūr. *Mikrobiologija...*

Sveikatos reikalais: Ambulatorijos: tinklas 264, Kauno miesto ambulatorijų veikla 968. — Birštono kurortas: didinama Vytauto ir Birutės mineralinių vandenų gamyba 592, sezonas 340, sezonas pratęsiamas iki rugsėjo mėn. 153. — Dezinfekcijos punktai 672, nuutėlinimo įstaigos 968, parazitų naikinimo ir dezinfekavimo įmonių registravimosi pareiga 672. — Dispanseriai: gyventojai raginami jais naudotis 592, Marijampolės tuberkuliozinis dipsanseris 592, tuberkuliozinis dispanseris steigiamas Ašmenoje 968. — Epidemijos: choleros epid. 592, difterito, skarlatinos ir dėmėtosios šiltinės susirgimų padaugėjimas 760, difterijos epidemija XIX šimtmetį Šakių apskrityje (ptr.) 257—259, difterijos išplitimas šiltoje klimato srityje (ref.) 239, *Epideminiai ir infekciniai encefalitai (S. Raciūtė), 217—224,* Gripo epidemiškai einančio klausimu (ref.) 330, myalgia (ref.) 80, vidurių šiltinės 672. — Gimimų ir mirties atsitikimų registravimo tvarka 511. — Kauniečiai raginami savo vaikus skiepyti nuo difterijos 968. — Kraujo Kauno transfūzijos stočiai reikalingi kraujo davėjai 511. — Liga (nauja) Amerikoje 264. — Natūralus Kauno miesto gyventojų judėjimas 968. — Naujas būdas bakterijoms nugalėti 512. — Naujos ligoninės 591, 672. — Nusikaltėliai Amerikoje nebus sterilizuojami 511. — Reichas: sveikatos reikalai 424, švaros pažymėjimai įvažiuojant 672, darbininkų sveikata rūpinimasis 672. — Sanitarijos ir sveikatos reikalais Fiurerio įsakas 588. — Skorbutas Maltoje 592. — Spalvoto benzino nuodingumas 112. — Sveikatos reikalai Ašmenos apskrityje 760. — Tikrinamos ligoninės ir kitos gydomosios įstaigos 591. — Vilniaus odos tuberkuliozės ligoninės pranešimas 967—968. — Vokiečiams Rytų krašte steigiamos ligonių kasos 588.

Taisyklės, — žiūr. *Įstatymai...*

LTSR Valst. Respublikinė Biblioteka

Teismo medicina: Spektroskopinis kraujo tyrimas (B. Minelga) 33—44.

Urologija: Hematurijos reikšmė (ref.) 576—577.

Vaikų ligos: (Ref.) 236—244, 501—502, 576, 659, 749, 950—953. — *Achondroplasia (N. Indrašius) 229—232.* — Bakterijų išsivystymas ir pieninės rūgšties susidarymas citrininiame piene (ref.) 243. — *Balbuties (V. Vaičiūnas) 204—210.* — Branchiolito gydymas kraujo nuleidimais (ptr.) 254. — Chorea minor ir metų laikai (ref.) 242. — Dispozicijos profilaktika vaikų amžiuje (ref.) 952—953. — Ekstrasistolės pas vaikus (ref.) 241—242. — Enuresis'o paveldimumas (ref.) 239. — *Fizinis lavinimas priešmokykliniame amžiuje (L. Stelmokas) 232—236.* — Infekcinės ligos: difterijos: epidemija XIX šimtmetį Šakių apskrityje (ptr.) 257—259, *Difterija ir jos gydymas Joniškėlio ligoninės duomenimis (J. Margenis) 144—186, išplitimas* šiltojo klimato srityje (ref.) 239, difterijos piktybinės specifiškas gydymas serumu (ref.) 747, *Difterijos stebėjimai Kauno vaikų infekcinėje ligoninėje (E. Miknevičienė-Zdanavičiūtė) 224—229,* podifteriniai pakenkimai ir B_1- vitaminas, podifterinių paralyžių gydymas B_1- vitaminu (ptr.) 259, renalinių hemoragijų patogenezė difterijos metu (ref.) 138—139; encefalitas: *Epideminiai ir infekciniai encefalitai (S. Raciūtė) 217—224;* Gärtner'io bacilų sužadinti laibųjų žarnų susirgimai (ref.) 243; *Kūdikių plaučų uždegimo gydymas sulfamidais (A. Kaminskienė) 790—799;* poliomyelito (ūminio) gydymas rekonvalescentų krauju (ref,) 237—238; meningitis purulenta gydymas (ptr.) 260; poskarlatininė liga (ref.) 239—241, į skarlatiną panaši infekcija, sukelta stafilokokų (ref.) 242; streptokokinių infekcijų gydymas: septazinu (ptr.) 260, sulfamidiniais preparatais (ptr.) 420; tymai: *Kova su tymais (J. S.) 113—120;* tuberkuliozė: epituberculosis (ref.) 960—961, vaikų plaučių tuberkuliozės prognozė (ref.) 950—951, vaikų tuberkuliozės rentgeno ir tuberkulino diagnostika (ref.) 951—952. — Japonijos mažų vaikų, maitinamų ryžiais, liga (ref.) 576. — *Kauno vaikų infekcinė ligoninė (A. Matulevičius) 210—217.* — Kūdikio amžiaus, svorio ir ūgio praktiškas nustatymas (ptr.) 662—663, vaikų pagrindiniai antropometriniai indeksai (ptr.) 754. — Kūdikių pirmaisiais metais maitinimas (ptr.) 663—664, motinos pienu kūdikių aprūpinimas (ref.) 245—246, riebalų įsisiurbimas kūdikio virškinamuose takuose (ref.) 243—244. — Lymphadenosis (ref.) 237. — Little liga (ref.) 236—237. — *Mokyklinio jaunimo sanitarinė priežiūra (K. Labanauskas) 195—204.* — Nedanešiotųjų kūdikių auginimas (ref.) 501—502. — Pieno virtuvės uždaviniai (ptr.) 244—245. — Plaučių oro cistų atvejais klaidingos diagnozės (ref.) 242—243. — Rachitas: A- vitamino veikimas (ptr.) 257, gydymas: D-vitaminu (ptr.) 256—257, dideliais D- vitamino daviniais (ptr.) 256, vienkartiniu D_2- vitamino smūgiu (ptr.) 255. — *Vaiko kepenų funkcijos tyrimas Handl'o chinininio mėginio pagalba (E. Aleksandravičienė) 186—195.* — Vaikų incontinentio alvi (ref.) 659. — Žinduolių: virškinamųjų takų susirgimų gydymas askorbinine rūgštimi (ptr.) 255, skorbuto gydymas C- vitaminu (cebion'u) (ptr.) 257.

Vaistai (naujesnieji): Acetilcholinas 664. — Aluminio hidroksidas koloidinis ulcus pepticum gydyti 81. — Androstinas 506—507. — Auksas (B-solganal oleosum) 81. — Cebion 417. — Cholesterolis 85. — Cibazolis 577. — Dagenanas 338. — Desoxycorticosteron'o acetatas 578.— Insulinas 22, 336. — Kortinas 332. — Natrio difenyl-hydantonatas 335. — Nukleotidai 325. — Sistomensin 506. — Sulfanilamidas 335, 336. — Sulfidinas 138. — Thiamin'o chloridas 86. — Unguentolan 506.

Venerinės ligos, — žiūr. *Odos ir veneros ligos...*

Veternarija: Gyvulių ligos smarkiai plinta 264. — Veterinarijos Akademijos rektoriaus pranešimas del mokslo pradžios ir įstojimo sąlygų 588. — Veterinarijos gydytojų: 100 Lietuvoje 264, III-ji laida 967.

Vidaus ligos: (Ref.) 75—78, 330—332, 412—413, 500—501, 574—576, 656—659, 742—749, 829—834, 946—950, 956—961. — Addison'o ligos gydymas desoxycorticosteron'o acetatu (ptr.) 578. — *Apie chloridų įtaką Buscaino reakcijai (J. Kimbaras) 593—600.* Bronchografijoje naujas anestezijos būdas (ref.) 957—958. — Bulionų veikimo naujos pažiūros (ptr.) 339.

Diabetas: *Coma diabeticum klausimu (K. Kapsas) 22—29,* diabetes insipidus du sifilinės kilmės atsitikimai (ref.) 501, hiperinsulinizmas (ref.) 658—659, insulinas supozitorijomis (ptr.) 336.

Freund'o-Kaminer'io ca-litiška reakcija Bauer'io modifikacijoje (B. Luchtanas) 557—560.

Gydymas dielėmis (ptr.) 82. — Kortinu gydymo klausimu (ref.) 332. — *Edemų gydymas intraveniniais kalio citrato švirkštimais (P. Gudas-Gudavičius) 709—729.* — Hipertireozės terapija (ref.) 656—658, parathyreoidismus acutus (ptr.) 84. — Infekcinių ligų chemoterapija (ref.) 747—749. — Krauju nuosavu apšvitintu gydymas (ptr.) 82. — Venų išsiplėtimo gydymas B_1- vitaminu (ptr.) 337. — Vidurių išpūtimo ir emfizemos gydymas deguoniu (ptr.) 335.

Helmintiazės būdingieji simptomai (ptr.) 665—666, trichinozės gydymas intraveniniais kalcio švirkštimais (ptr.) 418.

Hipofizinių ligų vaizdai (ref.) 575.

Hormonai: Gydymas lytiniais hormonais (ptr.) 509, širdies hormonas, gydant angina pectoris ir myokardo ligas senyvame amžiuje (ref.) 75.

Infekcinės ligos: Dėmėtąja šiltine: apsikrėtimas per kraujo transfūziją (ref.) 743—744, gydymas 744—746, *Dėmėtoji šiltinė ir jos gydymas Joniškėlio ligoninės duomenimis (J. Margenis) 682—709,* skiepai prieš dėmėtąją šiltinę (ref.) 742—743, smegeninės ir žarninės dėmėtosios šiltinės tipai (ref.) 746—747, typhus abdominalis klinika (ref.) 501. — Gripo, epidemiškai einančio, klausimu (ref.) 330. — Infekcinių ligų chemoterapija (ref.) 747—749. — Priešstreptokokinių preparatų taikymas bendrinėje praktikoje (ptr.) 752. — *Stabligės (tetanus'o) atsitikimas, kaip šautinės žaizdos padarinys (J. Jaržemskas) 61—63.* — Sulfonamido preparatai ir jų terapinė vertė (ptr.) 751. — Žarnų infekcinių epideminių susirgimų perspėjimas higiena (ref.) 500—501.

Kepenys, tulžis, jos takai: Hepatitis epidemica: 833—834, atsiradimo priežastys (ref.) 830—833, icterus simplex ir tbc. (ref.) 962, katarinės geltligės ir cholecistopatijos gydymas (ptr.) 418, kepenų priešnuodinė veikla (ref.) 330—331.

Kraujo ir kraujagyslių ligos: Angiospazminių sutrikimų gydymas angliarūgštimi subkutaniškai (ptr.) 337. — Aortos isthmus stenozės stebėjimas (ref.) 574. — Art. dorsalis pedis kraujospūdis ir kraujo apytakos sutrikimas (ref.) 576. — Autohemoterapija angina pectoris ir claudicatio intermittens atvejais (ptr.) 87. — *Du komplikuotos piktybinės anemijos (anaemia perniciosa) atsitikimai (J. Elvikis) 600—606.* — Eritroblastinė anemija (ref.) 575. — Hematologinis standartas sename amžiuje (ptr.) 83. — Eritrocitų skersmens pakitimai ligonių, sergančių piktybiniais augliais (ptr.) 84. — *Eksperimentinių leukopenijų gydymas vitaminais ir transfūzijomis (J. Elvikis) 285—299, 381—389, 453—465,* leukopenijai, sukeltai rentgeno spindulių, C- vitamino įtaka (ptr.) 87. — Endemiškos vėjarauplės po herpes zoster (ref.) 575. — *Hipertonija arba hipertenzija ir jos gydymas (J. Margenis) 800—810,* hipertonijos: ir arteriosklerozės gydymas jodu (ptr.) 337, gydymas bedruske dieta (ptr.) 419.

— *Išgydytas agranuliocitozės atsitikimas (S. Čepulis) 323—325.* — Mažakraujystės gydymas (ptr.) 751—752, piktybinio mažakraujingumo prognozė (ref.) 77. — Morbus Birmeri ir perniciozinės sprue atveju hemolizės (ref.) 501. — Spaudimo staigių svyravimų įtaka sveikatai (ref.) 332—333.

Kvėpuojamieji organai: Plaučių: ligos karo lauke (ref.) 948, plaučių putmens centrinės kilmės. — *Pleuros empyemų gydymas konservatyviu būdu (M. Marcinkevičius) 30—35.* — Pneumonia crouposa gydymas: serumu (ptr.) 338, dagenanu (ptr.) 338. — Prontozilio ir kt. dažomųjų medžiagų perėjimas iš kraujo į pleuros skysčius (ptr.) 839. —

Reumatas: Arthrosis deformans, chroniškų myalgijų ir neuralgijų gydymas (ref.) 412—413. — Chroniško sąnarių reumato gydymas auksu (ptr.) 81. — Ūminio sąnarių: reumato gydymas antipyrinu (ptr.) 420, uždegimo piretoterapija (ptr.) 419.

Spermatogenezės veikimas sulfanilamidu (ptr.) 336.

Staigios mirties priežastys (ref.) 412.

Širdis: Angina pectoris gydymas, švitinant rentgeno spinduliais antinksčius (ptr.) 665. — Ekstrasistolių gydymas (ptr.) 417—418. — *Greitoji pagalba širdies ir kraujagyslių ligose (H. Ras.) 513—557.* — Insufficientia valvularum aortae et bicuspidalium gydymas (ptr.) 337. — Širdies: krajagyslių sklerozės dažnumas pas gydytojus (ref.) 75. — Širdies minutiniam tūriui nekaloringo maisto įtaka (ref.) 574. — Širdimi sergantiems asmenims geriausia metodė gydyti digitaliu (ref.) 75—77.

Thallium — naujas žmogžudystės ir savižudybės nuodas (ref.) 801.

Tuberkuliozė: Alergometrija suaugusiųjų džiovoje (ref.) 960. — Kas žinotina apie džiovą (bibl.) 962—963. — *Konstitucijos reikšmė tuberkuliozės prognozei (P. Čibiras) 901—906.* — Miliarinė tbc ir širdies raumens tbc (ref.) 961. — Plaučių tbc aktyvumo diagnozė (ref.) 946. — Pneumotorakso: gydymo kritiškos pastabos (ref.) 948—949, spontaninis (ref.) 949—950, šiandieninis stovis (ref.) 949. — Raumenų atrofija nuo plaučių džiovos (ref.) 948. — Senių plaučių tbc (ref.) 946—947. — Tamura metodė tbc bacilams jieškoti (ref.) 959. — Tuberkuliozės ankstyvos pažinimas (ref.) 959—960, gydymas simpatoliu (ref.) 950.—Tuberkuliozė ir ca (ref.) 961—962, ir darbas (ref.) 961, ir leukopenija (ref.) 959. — *Tuberkuliozės plitimas, dažnumas ir mirtingumas nuo jos (J. Margenis) 914—928. — Tuberkuliozės profilaktikos klausimu (J. Runkevičius) 907—913. — Tuberkuliozę simuliuoją susirgimai (J. Adomavičius) 882—887.* — Tuberkuliozinio meningito atveju druskos nustatymo reikšmė (ref.) 958—959. — Tuberculosis pulmonum adiposa (ref.) 947—948.

Virškinamieji takai: Gastrointestinalinė alergija (ref.) 77—78. — Pankreatitas chroniškas (ref.) 77. — Skilvio: kraujavimų gydymas neaprėžiant maisto (ref.) 338, opos gydymas A- vitaminu (ptr.) 419, ulcus pepticum gydymas koloidiniu aliuminio hidroksidu (ptr.) 81. — Žarnų atonijos ir šlapiminės pūslės gydymas doryl'iu (ptr.) 418.

Visuomeninė medicina, — žiūr. *Sveikatos reikalais ...*

Vitaminai: Askorbininė rūgštis (ref.) 829—830. — Kiaušdėčių veiklos pareinamumas nuo C- vitamino (ref.) 79. — Morbus Basedowii gydymas dideliais A- vitamino daviniais (ptr.) 420. — Rentgeninių pakenkimų gydymas B_1- vitaminu (ptr.) 87. — Švinu apsinuodijusiems C- vitamino reikšmė (ptr.) 83. — Vitaminai: ir tabako rūkymas (ptr.) 418, ir virškinamieji takai (ref.) 331—332.

Vokietijoje: 112, 277, 424.

Sp. „Varpas" Kaune, Gedimino g. 38. Tel. 23023

Mediciniškasis sąmojis.

× Tingumas — liga.

Gal būt, kad netrukus į tingumą nebebus žiūrima, kaip į moralinę ydą, o kaip į ligą. Vienas žymus anglų gydytojas sakosi suradęs tam tikrus skiepus tai ligai gydyti. Po daugelio bandymų gydytojas nustatęs, kad tikroji tingumo priežastis esanti tam tikro laipsnio smegenų ir raumenų paralyžius.

× Filmas — širdies gydytojas.

Anglijoje ir Valijoje kasmet nuo širdies ligų miršta maždaug apie 126.000 žmonių, t. y. dvigubai daugiau, negu kitomis plačiųjų sluogsnių ligomis, įskaitant ir vėžį. Toks didelis skaičius labai sujaudino anglus. Nutarta prieš jį surengti karo žygį, kuris organizuojamas 11.000 visos Anglijos kinų. Per 15 metų buvo intensyviai studijuota širdies ligos ir pagaliau buvo pagaminta gana didelė filma, kurioje atvaizduotos visos širdies ligų priežastys. Filmoje parodoma, kaip atskirti sveikos ir ligotos širdies pulsavimas, parodomos kardiografo funkcijos, atkreipiamas tėvų dėmesys į vaikų širdies ligas ir jie pamokomi, kaip elgtis su vaikais, kurie turi nesveikas širdis. Ekrane pasirodo žymieji anglų širdies ligų specialistai ir pasako trumpas prakalbas, kuriose jie lankytojus supažindina su įspėjamais širdies ligų simptomais. Tuo būdu kinas panaudojamas svarbiam kultūriniam reikalui.

× Kaip susilaukti žilos senatvės.

Vienas laikraštis savo skiltyse duoda patarimų, kaip susilaukti žilos senatvės. Jo manymu, reikią laikytis šių 6 principų: saugotis nuo skundimosi skausmais ir negalavimais; kasdien vaikščioti gryname ore; pasirinkti darbą, kurį galėtum dirbti labiausiai atsidavęs; būti linksmam; domėtis dienos įvykiais, ir niekuomet nesigailėti gerų laikų.

× Mirtis.

Buvo pasaulio išminčių, kurie gyvenimą laikė bausme; bet laikyti mirtį bausme, žinoma, jeigu ne tiesos apreiškimas, neateitų į galvą nė vienam sveiko proto žmogui. *Lessing.*

* *

Jeigu aš ir klysčiau, kad sielos yra nemirtingos, aš vis tik būčiau laimingas ir savo klaida patenkintas, ir, kol aš gyvenu, nė vienas žmogus negali iš manęs atimti šito įsitikinimo, kuris duoda man tokį pastovų ramumą, tokį pilną pasitenkinimą. *Ciceronas.*

* *

Aš nesigailiu, kad gimiau ir dalį savo gyvenimo pragyvenau, todėl, kad aš gyvenau taip, kad galiu manyti, jog atnešiau šiokios tokios naudos. Kai ateis mano gyvenimo pabaiga, aš išsiskirsiu su gyvenimu taip, lyg išsiskirčiau su viešbučiu, o ne su nuolatiniu savo namu, nes aš manau, kad mūsų buvimas čia skirtas, kaip pereinamasis ir laikinis. *Ciceronas.*

NUO „LIET. MEDICINOS“ REDAKCIJOS

(Pradžią žiūr. šito „L. Medicinos“ 1942 m. 11—12 num. viršelio 2-me psl.).

„Liet. Medicinos“ 1942 metų turinys baigiamas ruošti ir jis bus pridėtas prie „Liet. Medicinos“ 1943 metų 3 numerio.

„Liet. Medicinos“ 1943 m. 1—2 num. jau laužomas ir jis išeis po 2 savaičių.

„Vyr. Sveikatos Valdybos Žinių“ 4 nr. jau renkamas ir jis bus pridėtas prie „Liet. Medicinos“ 1943 m. 3 ar 4 numerio.

Šitas „Vyr. Sveikatos Valdybos Žinias“ leidžia ir redaguoja Vyr. Sveikatos Valdyba.

„LIET. MEDICINOS“ REDAKCIJA.

Sp. „Varpas“, Kaunas, Gedimino g. 38. Tel. 23023.